FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

N° 856

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le 5 décembre 1945

Simone RAIMBOURG-QUIGNON-FLEURET

Née le 6 septembre 1917 à Levallois (Seine)

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Considérations sur la psychothérapie dans les maladies mentales

Président : M. A. Baudouin, professeur

PARIS

Librairie LOUIS ARNETTE

2, Rue Casimir-Delavigne, 2

1946

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **RAIMBOURG-QUIGNON-FLEURET.**

Prénom : **Simone.**

Date de la soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

RAIMBOURG-QUIGNON-FLEURET (Simone). — Considérations sur la psychothérapie dans les maladies mentales. — *Paris, Librairie Arnette, 1946, in-8° r., 83 pages.*

(Th. Méd. (Et.), Paris, 1945, N° ...)

RAIMBOURG-QUIGNON-FLEURET (Simone). — Considérations sur la psychothérapie dans les maladies mentales. — *Paris, Librairie Arnette, 1946, in-8° r., 83 pages.*

(Th. Méd. (Et.), Paris, 1945, N° ...)

RAIMBOURG-QUIGNON-FLEURET (Simone). — Considérations sur la psychothérapie dans les maladies mentales. — *Paris, Librairie Arnette, 1946, in-8° r., 83 pages.*

(Th. Méd. (Et.), Paris, 1945, N° ...)

RAIMBOURG-QUIGNON-FLEURET (Simone). — Considérations sur la psychothérapie dans les maladies mentales. — *Paris, Librairie Arnette, 1946, in-8° r., 83 pages.*

(Th. Méd. (Et.), Paris, 1945, N° ...)

113851

MAR 10 1949

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945 N° .....

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le 5 décembre 1945

Simone RAIMBOURG-QUIGNON-FLEURET
Née le 6 septembre 1917 à Levallois (Seine)
Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

Considérations sur la psychothérapie dans les maladies mentales

Président : M. A. Baudouin, professeur

PARIS
Librairie LOUIS ARNETTE
2, Rue Casimir-Delavigne, 2

1946

DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy et Tiffeneau.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, J[illegible]el-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, R[illegible]annié, Sébileau, Sézary, Tanon et Tiffeneau.

DOYEN..... BAUDOUIN.

ASSESSEUR..... Léon BINET.

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	ABRAMI. FIESSINGER. HARVIER. P. VALLERY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique	VILLARET.
Clinique de neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique urologique	FEY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Histologie	CHAMPY.

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN - BESANÇON (L.).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine légale	DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée	BENARD (Henri).
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*), VERNE (*Histologie*).

II. - AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. N...
Anatomie patholog.	DELARUE. GAUTHIER-VILLARS (Mlle).
Bactériologie	BONNET.
Chimie médicale	N...
Chirurgie générale	AMELINE. FEVRE. FUNCK-BRENTANO. MENEGAUX. PATEL. SICARD. N... N... N...
Histologie	BULLIARD.
Hydrologie	N...
Hygiène	N...
Médecine générale	BARIETY. BERNARD (Et.). BOULIN. BROUET. CACHERA. COSTE. DELAY.

	MM.
Médecine générale	GARCIN. DE GENNES. HAGUENAU. LELONG. LENEGRE. MARCHAL. MOLLARET. MOUQUIN. SOULIE.
Médecine légale	DESOILLE.
Obstétrique	DIGONNET. LACOMME. SUREAU. N...
Ophtalmologie	RENARD.
Oto-rhino-laryngol.	HALPHEN.
Parasitologie	LAVIER.
Parasitologie coloniale	N...
Pathologie expérim.	LEMAIRE.
Pharmacologie	Mlle J. LEVY. N...
Physiologie	RICHET. N...
Physique médicale	DESGREZ (H.).
Thérapeutique	TURPIN.
Urologie	COUVELAIRE.

III. - PROFESSEURS HONORAIRES ET AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.		MM.
Clinique chirurgicale.	GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.	Clinique médicale....	ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHE Guy. MOREAU.
Clinique obstétricale .	ECALLE. VIGNES.	Clinique urologique..	N...
Clinique oto-rhino-laryngologique	HALPHEN.		

V. - CHARGÉS DE COURS

	MM.		M.
Puériculture	LELONG (Agrégé).	Stomatologie	DECHAUME.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.		

	MM.
Secrétaire de la Faculté.....	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint.....	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef.....	A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

AUX MIENS

A Monsieur le Professeur BAUDOUIN

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, avec le témoignage de notre respectueuse reconnaissance.

Au Docteur SIVADON

Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard

qui nous suggéra le sujet de cette thèse et nous aida dans une large mesure à y travailler, avec toute notre reconnaissance.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES DE LA SEINE

DOCTEUR DEMAY

Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche

qui nous enseigna les premiers éléments de la psychiatrie.

DOCTEUR BEAUDOUIN

Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche

DOCTEUR VIE

Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche

DOCTEUR CHATAGNON

Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche

DOCTEUR MARTIMORE

Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Maison-Blanche

DOCTEUR CULLERE

Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard

DOCTEUR DUBLINEAU

Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard

DOCTEUR CHANES

Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard

DOCTEUR RONDEPIERRE

Médecin-Chef de l'Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard

INTRODUCTION

La psychothérapie est l'ensemble des procédés et des techniques tendant au traitement des maladies mentales par action sur le psychisme.

Nous voudrions éviter de prendre position dans le débat qui oppose les protagonistes de telle ou telle doctrine philosophique appliquée à la psychiatrie ; la justification même de notre étude exige pourtant de nous, le choix d'une attitude vis-à-vis du problème de la génèse des troubles mentaux.

C'est en fait, la question des rapports de l' « âme » et du corps, du psychique et du physique.

Du dualisme psycho-physiologique cartésien, d'où découlait la théorie de l'interaction du physique et du mental, on en vint, avec Fechner, Wundt, Ribot, au parallélisme qui voyait une simple « correspondance » entre les faits psychiques et les faits physiologiques sans aucune action des uns sur les autres. D'autre part, l'épiphénoménisme de Maudsley, Huxley, le Dantec, faisait dépendre étroitement le psychisme de la physiologie.

Au XIXe siècle, sous l'inspiration de ces théories, le mécanicisme régnait en maître en psychiatrie, faisant de la maladie mentale un assemblage de symptômes isolés, dus à un processus anatomique : il

n'existait, pour lui, qu'une organogenèse des troubles psychiques.

A l'opposé, des théories relativement récentes, telles que le freudisme, voyaient, à l'origine des faits psycho-pathologiques, une pure psychogenèse, Actuellement, enfin, avec d'autres auteurs, M. Ey se fait le promoteur de l'organicisme, en appliquant à la psychiatrie la doctrine dynamiste de Jackson dont nous donnerons un aperçu dans un chapitre ultérieur : pour lui, à la base de tout trouble mental existe une lésion « globale » atteignant les fonctions psychiques énergétiques. Mais, et c'est ce qui distingue cette doctrine du mécanicisme, entre le phénomène organique perturbateur et son expression psychique, s'interpose un ensemble de réactions résultant de l'activité dynamique des éléments psychiques restés intacts. C'est la notion « d'écart organo-clinique » ; elle ouvre fort heureusement une porte à la psychothérapie, l'organo-dynamisme, pris à la lettre, restreignant singulièrement son domaine.

En tous cas, qu'il y ait, à l'origine des faits psycho-pathologiques, une lésion organique ou fonctionnelle, qu'il y ait ou non psychogénèse pure, la psychothérapie a toujours son rôle à jouer. Les doctrines que nous venons d'exposer, ne font que souligner ses limites ; l'expérience psychiatrique journalière montre son efficacité, tant dans les maladies à substratum organique connu, que dans celles qui semblent procéder d'une pure psychogénèse.

Il n'est pas interdit de s'armer, en même temps que de moyens psychiques, de moyens pharmacolo-

giques, mais il faut savoir attribuer aux uns et aux autres les résultats obtenus.

On tend trop à limiter la psychothérapie à un simple bavardage entre le malade et le médecin, ou à une technique liée à une doctrine ; c'est beaucoup plus que cela : il s'agit, non seulement d'aider le psychopathe en lui offrant un soutien moral ou en essayant de détruire la base affective de sa maladie, mais aussi et surtout de le mettre dans des conditions telles qu'il puisse se réadapter à un niveau moral et social supérieur à celui auquel il est tombé. Car il n'est pas question de chercher à obtenir dans tous les cas une guérison totale, mais la plus grande amélioration possible, si bien qu'il n'est pas interdit au psychothérapeute de s'attaquer aux maladies mentales à substratum nettement organique. Ajoutons que, dans ce cas, étant donné l'interaction indéniable de l'organique et du psychique, on peut admettre qu'on parvienne à atteindre le premier à travers le second.

Quoi qu'il en soit, nous nous proposons, dans ce travail, d'étudier les méthodes psychothérapiques employées depuis l'origine de la psychiatrie, et d'apprécier leurs résultats. Puis, nous essaierons de dégager les traits essentiels de ces données, et nous ferons une tentative d'explication à l'aide des théories qui se sont fait jour depuis l'époque Jacksonienne jusqu'à la période actuelle, en nous inspirant, en particulier, de la Psychologie de la forme.

Nous proposerons, enfin, des directives générales pour la psychothérapie.

HISTORIQUE

Des témoignages nous sont parvenus d'âges lointains, où, déjà, était connue la méthode qui nous occupe : Plutarque, en l'an 411 avant J.-C., nous dit d'Antiphon : « En même temps qu'il vacquait à la poésie », il « composa aussi un art de remesdier aux ennuis et maladies de l'esprit, ne plus ne moins que les médecins guarissent les maladies et douleurs du corps ».

« A la porte de sa maison, il meît un billet... qu'il... avait le moyen de guarir de paroles ceux qui étaient ennuyés et attristés ».

C'est, en effet, une méthode vieille comme le monde, et tout médecin l'utilise, parfois même à son insu ; nul n'ignore l'influence bienfaisante qu'exerce, par sa seule présence, le praticien au chevet d'un malade, l'exigence des patients qui ont besoin, pour croire leur guérison possible, de voir inscrite sur une ordonnance une longue liste de médicaments, le soin que les laboratoires mettent à leur publicité, à la présentation de leurs spécialités. Tout cela fait partie de la psychothérapie, mais le domaine électif de cette méthode est la psychiatrie où, dans

tous les cas, elle a sa place, et parfois même la place essentielle.

A l'origine, la foi joua un grand rôle thérapeutique, par l'intermédiaire de puissances divines, représentées par des prêtres ou des magiciens. Il reste encore, d'ailleurs à l'heure actuelle, des vestiges de cette ère des miracles, les guérisons dont Lourdes est parfois le théâtre, en sont la preuve.

En général, surtout dans la religion catholique que nous connaissons mieux que les autres, un intercesseur est choisi pour présenter à Dieu la requête du suppliant. On ignore encore le véritable mécanisme des guérisons, d'apparence vraiment miraculeuse, obtenues dans ces conditions ; il semble que le malade, porté par sa foi absolue en la toute puissance de l'Etre dont il invoque l'aide, fort de l'enseignement qui lui a été donné sur l'invincibilité de sa foi elle-même, incapable de « soulever les montagnes », en vienne à ne plus concevoir la possibilité d'un refus de sa prière. On peut rapprocher ce processus de celui qu'on observe en psychiatrie lors de la négation pure et simple de ses troubles mentaux par le malade, et qui amène parfois la guérison.

D'autres religions, telles que le bouddhisme, enseignent à leurs disciples la destruction de la souffrance par la connaissance de ses causes et l'accès à la méditation parfaite. Nous n'entrerons pas ici dans les détails de cette doctrine, mais il semble ressortir de son étude que ses maîtres parviennent à échapper au mal physique et mental, grâce à l'indifférence qu'ils montrent à son égard; cette indifférence n'étant

pas d'ailleurs un calcul de leur part, mais une conséquence de l'état de leur esprit, profondément concentré sur la recherche de la vérité, des « vues justes » qui leur permettront d'accéder au nirvana. Il s'agit, là encore, d'une sorte de négation systématique de la souffrance, quoique les bouddhistes se défendent d'adopter cette attitude.

La foi, au cours des âges, a revêtu d'autres aspects et entraîné, de la même façon, des guérisons incontestables. Vers 1750, Mesmer mit à la mode le magnétisme animal où il faisait intervenir la puissance astrale ; Puységur vint ensuite, qui parla du somnambulisme artificiel obtenu par le fluide humain ; il ne manquait pas, d'ailleurs, d'insister sur la nécessité pour le magnétiseur, de procéder à une analyse psychologique profonde de son sujet. Au Congrès de La Rochelle, en 1893, on discuta les résultats obtenus dans les maladies mentales et nerveuses par le Dr de Luys, de la Charité, à l'aide de « couronnes aimantées » appliquées sur la tête de ses sujets : il s'agissait d'une lame d'acier curviligne maintenue par une courroie de cuir et présentant un pôle positif et un pôle négatif. Il avait pu guérir des hémiplégiques et des mélancoliques : « la couronne », disait-il, emmagasine si bien l'état psychique dont le malade est « chargé », que son application à un sujet sain provoque l'apparition des troubles dont le malade était atteint.

A la même époque se faisait jour, en Amérique, une méthode thérapeutique nouvelle, qui prit rapidement un essor considérable et n'a pas encore dis-

paru, puisqu'actuellement elle est représentée à Paris par un office créé à l'usage des troupes américaines. Il s'agit de la « Christian Science », basée sur la négation pure et simple de la maladie, considérée comme une erreur. Elle fut inspirée à sa fondatrice, Mrs Eddy, par P.-P. Quimby : « La guérison ne dépend pas de la médecine, mais de la confiance que le malade a dans le docteur ou le médecin. Maintenant, je me borne à nier la maladie comme une vérité, je ne l'admets que comme une erreur, comme les autres histoires sans fondement que l'on se transmet de génération en génération, et qui deviennent une part de la vie des peuples ».

L'originalité de cette doctrine est d'avoir mis en lumière l'existence dans l'homme même d'un pouvoir curateur résidant en la foi dans la guérison, dépossédant ainsi de ce pouvoir les forces mystérieuses invoquées jusqu'alors.

Une « thérapeutique morale » de même ordre, a été exercée par Dubois de Berne qui, reprenant la méthode d'isolement et de suralimentation de Weir Mitchel, en Amérique, à laquelle il associait des conversations avec le malade, cherchait à inculquer à celui-ci l'idée que son affection n'était qu'une illusion dont il devait guérir. Il ne procédait pas par la négation absolue dont usait la Christian Science, mais par un raisonnement patient qui finissait par venir à bout des résistances du malade.

En Amérique, les disciples de Quimby fondèrent le « New thought movement » qui, sans tomber dans les excès de la Christian Science, donnait une place

essentielle à l'exhortation morale, tout en laissant la médecine proprement dite jouer un rôle modeste. L' « Emmanuel movement » le détrôna, lancé par des prêtres de Boston, associés, cette fois, à des médecins.

Ces méthodes, exploitées par des charlatans, avaient attiré l'attention des psychiatres sur la suggestion et l'hypnotisme qui, créant un état de réceptivité particulier chez le malade, permit de les utiliser dès lors dans le traitement de certaines maladies mentales. Lasègue et Morel en reconnurent l'efficacité dans l'hystérie et la chorée. On s'en servit même en chirurgie comme moyen d'anesthésie.

Puis la méthode tomba dans l'oubli et ne fut reprise que par Charcot. Le maître de la Salpêtrière, croyant se mettre à l'abri de l'erreur en employant une méthode scientifique rigoureuse, observa des malades en état d'hypnotisme chez lesquels diverses manœuvres provoquaient des manifestations d'ordre neurologique. Il décrivit trois états : la léthargie, la catalepsie, le somnambulisme, et l'Académie fit un accueil favorable à ses communications. A Nancy, cependant, Bernheim soulignait le pouvoir des idées et entrait en lutte avec l'école parisienne, en soutenant que les malades observés par Charcot étaient atteints de névrose hystérique suggestive. Ce qui se vérifia par la suite.

Au Congrès de Munich, en 1892, on ne retint de ces débats malheureux que le rôle possible de l'hypnotisme dans la destruction de certaines obsessions

et dans la rééducation de certains sujets. Puis, le procédé fut abandonné, comme bas et immoral.

Il est certain, que, jouant de la suggestibilité du sujet qui lui est confié, l'hypnotiseur a une responsabilité très grande. Nous ne voulons pas, ici, affirmer ou nier le bien-fondé de cette méthode, mais il est certain qu'elle ne peut s'adresser qu'à un petit nombre de sujets, à constitution névropathique.

Actuellement encore, ces méthodes sont utilisées. M. Raeder, de Boston, se sert de l'hypnose lorsqu'il ne peut user de moyens logiques qui restent les méthodes de choix. Il trouve plus avantageux de s'adresser aux formes légères de l'hypnose, à « l'état hypnoïde », et à la suggestion à l'état de veille aussitôt après l'hypnose.

La persuasion reste, en dernière analyse, le procédé de choix, s'adressant non plus aux automatismes du malade, mais à son pouvoir de réflexion, aux sphères les plus élevées de son psychisme. C'est bien ce qu'entendaient Dubois de Berne, Déjerine et tous ceux qui leur ont succédé.

A côté de l'hétéro-suggestion, l'auto-suggestion a sa place dans les procédés psychothérapiques. Tout le monde connaît la méthode préconisée par Coué, pour l'avoir conseillée, le plus souvent avec ironie, ou même pour en avoir fait l'expérience personnelle. Elle consiste, dans l'ensemble, à se répéter avec la plus grande conviction que tout va bien. Il est de fait que, détournant l'attention des choses pénibles sur lesquelles elle se fixait, elle peut provoquer une détente heureuse. Ne serait-ce pas, une fois de

plus, par cette négation, cet oubli de son mal, que, l'ayant chassé du champ de sa conscience, on le détruit ? C'est là que se pose dans son acuité le problème de la douleur que nous nous contenterons de poser ici, et qui a passionné tant de grands esprits...

Nous avons relevé l'observation d'un malade chez qui s'est produite, par le mécanisme de la négation, de l'oubli volontaire, la guérison.

Obs. 1. — L..., âgé de 40 ans, entre à l'Asile avec un syndrome confusionnel lié à une épilepsie post-traumatique ancienne. Il présente des phénomènes oniriques, des hallucinations auditives, un syndrome d'action extérieure. Il « voit des gens comme illuminés ». Au cours de son travail de carreleur, on lui donne des ordres baroques, comme celui d'enseigner aux carreaux qu'il taille des « bonnes pensées » qu'ils répéteront ensuite aux jeunes générations. On prévoit à l'avance tout ce qui va lui arriver, on l'oblige, sous peine de se voir responsable de cataclysmes tels que la fin du monde, d'exécuter tel commandement, portant d'ailleurs généralement sur des « actions de bonté, de dévouement ».

Peu après son entrée à l'Asile, il se dit que tous ces phénomènes sont responsables de son internement et qu'il risque de rester enfermé aussi longtemps qu'ils se produiront. Il s'efforce donc de chasser ses pensées morbides, « sans chercher à comprendre ce qui lui est arrivé et qui reste mystérieux pour lui ». Peu à peu son état s'améliore, on peut l'occuper en dehors du quartier, et il est actuellement guéri de son accès délirant.

L'effort personnel du malade semble donc bien indispensable pour obtenir une amélioration de son

état. Encore faut-il qu'il en soit capable, et ce n'est pas toujours le cas ; une véritable rééducation de la volonté, du « contrôle cérébral », s'avère parfois nécessaire ; c'est ce que se propose de faire M. Vittoz dans les psychonévroses, et en particulier dans la psychasthémie. Il peut, dit-il, suivre la marche du traitement à l'aide des vibrations émises par le cerveau, et perçues par sa main posée à plat sur le front du malade. Celui-ci doit s'astreindre à prendre conscience à chaque instant « de ses actes, des sensations courantes de la vie, avant d'aborder le contrôle de sa pensée ». Il doit donc « savoir » qu'il fait tel geste, qu'il pense telle chose, il doit pouvoir se concentrer sur telle pensée, et la soumettre à sa volonté. Il doit ensuite pratiquer certains exercices : concentrer son esprit sur les différentes parties de son corps, sur le signe de l'infini, sur le chiffre 1, sur l'idée de calme, d'énergie, de contrôle, ceci chaque heure, pendant dix minutes en moyenne. Il doit également être capable de se « déconcentrer » volotairement.

Enfin, il doit s'efforcer de savoir « ce qu'il veut, la possibilité de ce qu'il veut, la sincérité et la vérité de son vouloir ». Il doit savoir discerner son devoir de ses désirs et de ses impulsions.

Il est certain qu'une telle éducation, pratiquée pendant deux à trois mois — c'est la durée proposée par M. Vittoz pour son traitement — avec assiduité, doit donner des résultats. Mais on peut se demander si, à l'origine, le malade ne doit pas déjà posséder une volonté peu commune pour s'astreindre à un

tel régime mental ; il est vrai que le psychasthénique, soumis à des obsessions qui exigent un effort constant sur lui-même, peut avoir un tel désir de guérir, qu'il fasse volontiers dévier son activité morbide dans le sens de la thérapeutique préconisée par M. Vittoz et, par là même, négligeant ses obsessions, s'en rendre maître. L'auteur signale d'ailleurs de nombreuses guérisons obtenues par cette méthode.

Le problème de la rééducation ne se présente pas seulement sous cet aspect, il est aussi psycho-moteur: c'est à travers la discipline d'exercices physiques que se crée l'atmosphère mentale favorable. M. Dublineau a montré tout l'intérêt de la question ; pour lui, le mouvement, depuis celui qu'on enregistre sur l'encéphalogramme, jusqu'au mouvement visible, traduit l'état mental. C'est sur cette hypothèse que sont basés les tests moteurs, tels que ceux d'Ozeretzki qui sont, aujourd'hui, couramment employés dans l'examen psychologique des enfants.

M. Dublineau affirme qu'on peut parvenir à faire de ces épreuves un procédé de rééducation, chez les sujets instables en particulier. Il préconise, en outre, la gymnastique respiratoire dont il obtient des effets remarquables et souvent immédiats ; chez les enfants surtout, dont il parvient ainsi à vaincre l'hostilité malgré un premier contact plein d'opposition.

La musique peut également avoir un effet psychique favorable. Dans l'antiquité déjà, « par l'emploi d'une musique harmonieuse, Asclépiade rendit souvent la raison aux esprits troubles des phrénétiques ». En Amérique, M. Van de Wal fait de la musique

dans tous les pavillons de malades, même chez les agites ; il leur fait entendre des airs populaires et religieux, il leur fait exécuter des chœurs et des danses rythmiques. La méthode a été reprise par M. Beyerman, de Santpoort, en Hollande, trop récemment à ce moment pour qu'on puisse en tirer une conclusion autre que celle de l'effet apparent de réadaptation produit sur le malade. « Le but de l'application de la musique », dit-il, « est d'activer les énergies latentes, enrayées ou inutiles, pour diriger l'individu vers un plus haut degré moral et social, et de prévenir la régression vers un niveau plus bas ».

Tout en essayant de conserver de ces différentes méthodes ce qu'elles avaient de meilleur, on a accueilli depuis le début du siècle, avec le plus grand intérêt, les travaux allemands sur la psychanalyse. A demi allongé sur un divan, dans une attitude favorisant la détente physique, le sujet laisse errer son esprit au fil de ses associations d'idées, à l'occasion de mots prononcés par le psychanalyste ou de faits évoqués par lui-même, et qui relèvent de son activité de veille ou de rêve. Le rêve, en effet, possède pour Freud, un thématisme : dû à des causes psychiques inconscientes, il les exprime ; sous son contenu manifeste se cache un contenu latent, qui peuvent être tous deux conscients, tandis que le lien qui les unit est, lui, inconscient. Le récit que fait le sujet peut être directement déchiffrable ; l'analyse met alors en évidence des processus pré-conscients, que le malade reconnaît pour siens. Mais l'analyse peut être plus ardue et nécessiter un travail d'interprétation qui

refasse à l'envers le chemin parcouru dans l'esprit du sujet, pour aboutir à l'élaboration du rêve lui-même.

L'analyse est basée sur les principes suivants : le rêve, dit Dalbiez, dans l'ouvrage où il expose la doctrine et la méthode freudiennes, « se révèle comme la réalisation déguisée d'un désir refoulé ». L'interprétation se fait à l'aide de tout un symbolisme, relevant de l'affirmation que, « chez tout être humain, se heurtent deux tendances fondamentales : égoïsme et érotisme, et les exigences éthiques et esthétiques de la censure ». Sont en effet « rejetés dans l'inconscient », refoulés par une censure, les tendances, les désirs choquants, les souvenirs traumatiques. Freud a ainsi mis en évidence l'existence de « complexes » dont nous ne pouvons donner ici le détail sans sortir du cadre de notre étude ; il attache une importance primordiale à ceux qui se sont constitués dans l'enfance, à l'occasion surtout des problèmes sexuels.

L'analyse est destinée à ramener ces éléments dans le champ de la conscience, à faire connaître au sujet qu'ils sont bien à l'origine de ses troubles et, par là même, à les guérir.

Cette méthode, en supprimant les complexes pathogènes, donne des résultats incontestables dans certaines maladies mentales. Pour Nacht, elle représente la forme la plus parfaite de la psychothérapie. En dehors des névroses, elle peut agir sur les psychoses et M. W. Malamud la préconise dans le traitement des schizophrénies. M. Cobb, en Amérique, a obtenu des résultats très intéressants chez des épileptiques à

qui il avait naturellement supprimé tout médication anti-convulsivante pendant la cure.

En tous cas, la psychanalyse présente un intérêt puissant : tout examen mental un peu poussé s'en inspire aujourd'hui, et elle a donné naissance à la psychothérapie profonde qui permet au médecin de connaître plus complètement son malade et, partant, de l'aider plus efficacement à lutter contre ses troubles. On a recours également à une méthode voisine, préconisée par Adler, et basée sur la « psychologie individuelle » ; elle s'inspire aussi d'une analyse psychologique permettant de découvrir les mobiles inconscients qui poussent le malade à se réfugier dans la névrose. Le point de départ en est le sentiment d'infériorité et d'insécurité que le malade cherche à compenser par l'exaltation de sa personnalité, «l'affirmation exagérée de sa virilité », la création d'un « but fictif », la « volonté de puissance ». Adler refuse à la « libido » dont Freud fait une des tendances fondamentales de l'être, sa primauté : il s'agit pour lui de « la recherche du plaisir et de l'instinct de conservation ».

Le psychothérapeute, dit-il, doit se rappeler que le malade, pour compenser cet inconscient sentiment d'infériorité, cherche à se créer des « buts supérieurs » dans l'existence : « la tendance névrotique a finalement pour effet d'élargir et de consolider les limites de la personnalité, et cet effet, le sujet l'obtient en mesurant et en essayant constamment ses forces contre les difficultés que lui oppose le monde extérieur ». — « Au cours du traitement psychothé-

rapique, le médecin doit veiller à ce qu'il ne devienne pas lui-même victime de la tendance aveugle du patient à déprécier, à humilier tous ceux avec qui il se trouve en contact, à rendre vains leurs efforts, à jeter la suspicion sur leurs intentions ». — « Les artifices tactiques et pédagogiques auxquels on est obligé de recourir pour affaiblir cette lutte contre le médecin, pour en faire comprendre au malade la signification et pour ouvrir les yeux sur le caractère névrotique de sa conduite dans toutes les autres circonstances de sa vie, ces artifices, disons-nous, jouent un rôle de premier ordre dans le traitement et constituent le principal instrument de guérison ». — « L'hypothèse freudienne du transfert amoureux » est un « simple artifice auquel recourt le malade pour ravir au médecin sa supériorité objective ». En somme, le but des psychanalystes et des adlériens est le même, et leurs théories ne font que se compléter.

A côté de ces procédés psychothérapiques purement psychiques, on utilise encore à l'heure actuelle, et souvent avec succès, des méthodes empiriques basées sur le choc mental obtenu de diverses façons.

Mme Buvat-Pochon, dans sa thèse, passe en revue tous les moyens de ce genre employés depuis l'origine de la psychiatrie, et dont certains, assez barbares, ne présentent plus pour nous qu'un intérêt historique : l'eau, sous forme de bains-surprises, de douches, la rotation à l'aide d'appareils mécaniques, les cautérisations, provoquaient, disent les auteurs du temps, des réactions psychiques favorables. On cherchait à

intimider le malade par l'emploi d'appareils de coercition, par les coups ; Morel faisait pratiquer sur ses malades des frictions stibiées.

Esquirol proposa d'adoucir cette thérapeutique barbare ; il conseilla de s'abstenir de mauvais traitements et de ne plus aller jusqu'à provoquer une véritable terreur chez le malade.

Puis le règne de l'électricité vint, et, en 1917, Gilles inaugura le torpillage : faisant passer de façon interrompue des courants d'intensité différente dans le corps de certains malades, il parvint à dépister des cas de simulation ou à guérir des syndromes pithiatiques.

Enfin, on provoqua, par l'injection de substances convulsivantes telles que le cardiazol, des crises d'épilepsie généralisée. Cette méthode a été détrônée aujourd'hui par l'électro-choc expérimenté pour la première fois en France par MM. Lapipe et Rondepierre ; elle donne d'incontestables résultats dans certaines maladies mentales, en particulier dans les manifestations de mélancolie anxieuse, au décours de certains syndromes confusionnels, dans les états d'excitation où elle calme l'élément « agitation » sans, le plus souvent, atteindre l'accès lui-même, dans la schizophrénie enfin, où elle peut amener des rémissions de plus ou moins longue durée.

Notons que la période post-critique est, par excellence, celle où la psychothérapie peut intervenir avec le plus de chance de réussite : le malade est, à ce moment, très suggestible, il est en train de rassembler les éléments de son psychisme bouleversés par un

véritable cataclysme, et par une habile persuasion, on peut l'aider dans son travail de reconstruction mentale.

D'autres méthodes entrent dans le cadre de notre étude, par l'action qu'elles exercent indiscutablement, quoique d'une façon indirecte, sur le psychisme des malades mentaux.

La question du cadre dans lequel sont amenés à vivre les psychopathes séparés de leur milieu habituel, a été soulevée depuis longtemps, mais c'est surtout depuis une vingtaine d'années que les psychiatres s'en sont préoccupés, et qu'on est entré dans la voie des réalisations. Nous donnons au mot « cadre », d'ailleurs, un double sens, l'envisageant à la fois sous l'aspect matériel des locaux et sous l'aspect moral du milieu.

La première mesure que prend le médecin vis-à-vis du malade mental, est bien souvent la séparation de sa famille, l'hospitalisation. C'est déjà un procédé thérapeutique que cet isolement, c'est bien ainsi d'ailleurs que le comprennent les psychiatres, tout en cherchant à mettre la société à l'abri des réactions de ces sujets.

Cependant, pour que l'internement ait une influence bienfaisante, il faut qu'il fournissent aux malades des éléments favorables à leur amélioration ; et c'est loin d'être toujours le cas. « Autrefois », dit le psychiatre suisse Répond, « les malades mentaux pouvaient rester intégrés à la société, leurs manifestations anormales pouvant trouver leur signification dans les mœurs de l'époque (auto-punition et

pélerinages) ; actuellement encore, certains hindous vénérés semblent n'être que des catatoniques. Maintenant, les portes des asiles se sont fermées sur les aliénés, les faisant vivre dans un milieu psychologiquement défavorable à la persistance d'une activité mentale originale. » M. Bersot, étudiant « ce qu'on fait en Suisse pour les malades nerveux et mentaux » affirme que, « dans la majorité des cas, un changement de milieu le plus rapide possible est à recommander vivement » ; « la distraction produite par ce changement ainsi que par le mode de vie régulier, bien discipliné de l'hôpital psychiatrique, sont autant d'éléments qui favorisent la guérison. »

En Amérique, en Angleterre, en France et surtout en Suisse, on a construit des asiles modèles, aménagé des locaux spacieux et agréables, on a supprimé l'aspect « carcéral » des vieux bâtiments que nous connaissons trop. M. Bersot cite les noms de Bel-Air, Friedmatt, Priedan, Bellelay, publie des photographies montrant l'aspect à la fois coquet, pratique et confortable des salles de réunion, des dortoirs, des infirmeries. « Les Hollandais », dit M. Courbon à son retour d' « un voyage d'études dans les asiles de Hollande », en 1928, « savent que la décoration d'un local comporte à la fois l'élément physique qui agit sur les sens par les formes et les couleurs, et l'élément psychique qui évoquera dans l'imagination des idées et des sentiments. »

D'autre part, tous les auteurs insistent sur la nécessité d'une éducation toute spéciale du personnel infirmier : c'étaient autrefois, et ce sont encore aujour-

d'hui, bien souvent, hélas, de vulgaires gardiens sans instruction, d'un niveau social peu élevé, faisant leur métier sans vocation, donc sans intérêt et souvent sans conscience. « Les médecins, les gardiens », dit Pinel dans son traité sur l'aliénation mentale, « doivent se présenter à l'aliéné comme doués d'une supériorité non seulement matérielle, mais surtout morale. C'est ainsi qu'ils parviendront à provoquer en lui le travail ultérieur de la réflexion. »

Qu'on nous permette d'insister à ce propos sur l'importance que présente la personnalité du médecin. Nous croyons que la psychiatrie, plus que tout autre spécialité, exige de celui qui veut s'y consacrer efficacement une haute tenue morale et un minimum de qualités intellectuelles. Tous n'en sont malheureusement pas assez convaincus. Qu'on songe à l'influence que prend un psychanalyste sur l'esprit de son malade, au désarroi dans lequel il le plonge, à l'attachement que celui-ci va montrer pour lui au cours d'un transfert affectif presque inévitable, à la tendance qu'il aura alors à se laisser guider par celui qu'il admire. C'est bien sur ce point que M. Maeder, de Zurich, attire l'attention des psychothérapeutes ; ils doivent posséder « une personnalité complète, des qualités de cœur, de la foi ».

MM. Chanès et Vié, critiquant « les conditions actuelles d'hospitalisation des aliénés », soulignent les « circonstances qui s'opposent à la restauration de la synthèse mentale et qui parfois favorisent la dissociation de la personnalité : entre autres, l'appellation des femmes par leur nom de jeune fille, la

promiscuité favorisant l'induction des délires et la contagion des perversités, l'insuffisance des repères d'orientation dans le temps et dans l'espace ».

Mais le cadre dans lequel vivent les malades n'est pas tout ; le médecin doit chercher à lutter contre les effets destructeurs de l'inaction : c'est là le problème de l'ergothérapie qui consiste, dit M. Courbon, à « rééduquer les automatismes, à créer des réflexes conditionnels producteurs de gestes utiles ». C'est M. Hermann Simon, de l'asile de Güterslot, en Westphalie, qui se fit le promoteur de la méthode psychothérapique du travail, destinée à empêcher le malade de « régresser au-dessous des hauts niveaux d'éducation qu'il a atteints », et à « découvrir et cultiver, soutenir et développer » la partie restée saine de son psychisme. « L'inactivité, dit-il encore, est le commencement de la démence. » M. Van der Scheer, en Hollande, mit en application cette méthode. Pinel disait déjà que « la base fondamentale d'un hospice des aliénés » doit être « la loi d'un travail mécanique rigoureusement exécuté ; très peu d'aliénés, même dans leur état de fureur, doivent être éloignés de toute occupation active. »

Esquirol envisage aussi cette thérapeutique : « en rappelant au travail les aliénés, on distrait ces malades, on arrête leur attention sur des sujets raisonnables, on les ramène à des habitudes d'ordre, on active leur intelligence et l'on améliore le sort des plus indigents... Des ateliers pour les hommes sont organisés dans beaucoup de maisons d'aliénés. On y reunit plusieurs métiers. Chacun peut choisir celui

qui a le plus de rapport avec ses goûts, avec ses habitudes... Si ces occupations ne conviennent pas aux gens riches, on doit leur procurer des distractions analogues à leur éducation ; leur faire faire de la gymnastique et des jeux qui exercent leurs muscles. » La nécessité de créer, dans chaque asile, des ateliers où il soit possible d'occuper toutes les catégories de malades, s'affirme en effet. Colin parle du « Quartier de Sûreté » de Villejuif, où il a pu ainsi réaliser par le travail « un traitement moral de choix ». L'étranger semble d'ailleurs en avance sur nous en cette matière. Dans les asiles français, on utilise volontiers les malades dans les jardins, dans les fermes, dans les services généraux annexés aux quartiers d'hôpital, mais il n'est pas possible d'y envoyer tous les malades. « En fait », dit M. Répond, « on a souvent tendance à oublier que le travail n'est qu'un moyen de réadaptation, parmi tant d'autres, et non pas une fin, qu'il ne devrait être qu'une préparation psychologique du malade à accepter les dures lois de la réalité. »

Il est certain qu'il faut tenir compte, dans le placement des psychopathes en atelier ou en un lieu de travail quelconque, de leur « seuil d'adaptation ». Certains, dont le fond mental dénote une perturbation profonde des facultés mentales, ne pourront être employés qu'à des travaux simples, leur demandant un minimum d'initiative, et s'adressant à leurs automatismes. Mais d'autres, moins atteints, seront à même de bénéficier dans une plus large mesure de cette thérapeutique. La méthode du placement fami-

lial permet justement de choisir pour chaque malade le milieu auquel il pourra s'adapter et d'où il pourra tirer un effet bienfaisant. « L'action psychothérapique du placement » dit M. Vié qui a été médecin-directeur d'une colonie familiale, « atteint les fonctions les plus élevées de la personnalité. Avec le réveil de l'initiative, la reprise des contacts sociaux fait renaître les notions éthiques et particulièrement le sentiment de la responsabilité et de la dignité personnelle. Indépendamment des facteurs anti-toxiques, vie au grand air, alimentation végétarienne, et de l'action sédative incontestable de la vie rurale, le mode d'action spécifique du placement familial réside... dans une psychothérapie sociale spontanée, réadaptation du malade à un milieu familial neutre, proche, mais simple ; sous un régime de liberté aussi grande que possible s'y établit une récupération de la valeur humaine, très individualisée — cure d'occupation et source de sympathie — proportionnée aux possibilités de chacun. »

MÉCANISME D'ACTION DES MÉTHODES EMPLOYÉES

Ayant ainsi envisagé la plupart des méthodes psychothérapiques employées depuis l'origine de la psychiatrie, ou plutôt de la médecine, nous allons maintenant, en nous aidant de ces données historiques, essayer de mettre en évidence le mécanisme par lequel tous ces procédés peuvent agir.

Tout d'abord, on observe le phénomène d'oubli ou de négation, l'une aidant souvent l'autre d'ailleurs : le malade tend à éliminer l'élément qu'il commence à percevoir comme étranger à sa conscience. On peut rapprocher de ce phénomène l'oubli normal des choses désagréables qui se voit chez tout individu : la tristesse de certains événements du passé perd dans le souvenir sa teinte affective pénible ; on a vu récemment des déportés qui avaient, quelque temps après leur rapatriement, chassé si complètement de leur mémoire la trace des vexations qu'on leur avait infligées, qu'ils ne reconnaissaient plus leur propre récit recueilli au moment de leur retour à la vie normale.

A l'origine de ce phénomène d'oubli peut avoir existé, chez certains malades, le désir de ne plus

penser aux « bêtises » qui les ont amenés à l'asile, et le souvenir de cet acte volontaire finit par être lui-même rejeté du champ de la conscience. L'observation que nous avons citée plus haut en est un exemple. Nous avons vu aussi que les guérisons dites miraculeuses, semblent relever d'un tel mécanisme.

Celui de la réticence en est assez voisin. C'est souvent d'ailleurs un premier pas vers la guérison, c'est pourquoi le rôle du psychothérapeute à ce moment doit être extrêmement prudent : il doit en effet éviter de ramener à la conscience claire par un interrogatoire maladroit et brutal, les éléments du délire qui commencent à disparaître. M. Koressios a fait à la clinique de Sainte-Anne des « recherches psychothérapiques sur les délires ». Il distingue quatre phases dans leur réduction spontanée : phases d'adaptation, de réticence, de doute, de correction. Il prétend de plus, pouvoir, en provoquant lui-même la réticence, réduire certains délires perméables, sous lesquels persiste un certain degré d'affectivité active. Il ajoute à l'énumération des cas où sa méthode est applicable, les délires cryptogénétiques logiques et ceux où est absente toute activité délirante ou hallucinatoire, ceci étant assez curieux parce qu'on ne voit pas alors à quoi peut s'attaquer sa psychothérapie ?

En tous cas, après une « instruction préliminaire du délirant », on attaque directement le délire en suggérant au malade une « simulation forcée » au cours de laquelle « pour faire plaisir » au médecin, il accepte de corriger son délire tout en ne donnant pas à ses paroles l'adhésion de son esprit. A cette

phase, dit M. Koressios, succède une phase de doute, puis de correction, la censure, d'abord utilitaire, devenant de plus en plus complète. « La psychothérapie évite que le malade, parvenu seul au stade de réticence utilitaire, s'enferme dans son délire ; le médecin pourra l'aider, par la suite, à maintenir sa censure. »

Que « la réticence soit une étape très importante dans la correction du délire », que « son existence indique une certaine censure incompatible avec des degrés avancés de désintégration de la personnalité », c'est indubitable. Mais il nous semble moins sûr qu'il soit possible d'obtenir d'un délirant une réticence « utilitaire » et, qui plus est, de le voir passer ensuite à la réticence vraie et à la guérison. En tous cas, M. Koressios cite, à l'appui de ses affirmations, un grand nombre d'observations.

En fait, sous ce phénomène d'oubli apparent de l'élément morbide, peut exister simplement une localisation, un enkystement de cet élément, favorisé par la réticence. Combien de sujets conservent en un repli secret de leur conscience un délire qui a perdu son activité et qui ne les empêche pas de mener au sein de la société une existence normale; le silence qu'ils s'imposent procède-t-il de l'oubli ou de la prudence, ou du souci de préserver du sourire incompréhensif de leur entourage le rêve qu'ils ont élu ? Toujours est-il qu'ils se taisent et paraissent guéris.

A côté de ces processus de guérison que peut provoquer une psychothérapie directe ou indirecte, il en est d'autres qui relèvent d'un procédé utilisé de tous

temps dans les maladies mentales : nous voulons parler de l'isolement. Il donne en effet au malade le calme dont il a besoin et lui permet d'échapper à son milieu habituel, souvent incompréhensif et maladroit, aux lieux où sont nés ses troubles mentaux et qui peuvent évoquer fâcheusement pour lui le traumatisme psychique qu'il a subi. « L'isolement », dit Esquirol, « agit directement sur le cerveau et force cet organe au repos, en soustrayant l'aliéné aux impressions irritantes, en réprimant la vivacité et la mobilité des impressions, en modérant l'exaltation des idées et des affections. » Et ailleurs : « l'isolement a pour but de modifier la direction vicieuse de l'intelligence et des affections des aliénés : c'est le moyen le plus énergique et ordinairement le plus utile pour combattre les maladies mentales. » Esquirol insiste également sur l'influence souvent néfaste du milieu familial : la première commotion donnée aux facultés intellectuelles et morales a-t-elle eu lieu dans la maison de l'aliéné, au milieu de ses proches ? La vue de cette maison et de ceux qui l'habitent rappellera sans cesse au malade ses idées et ses sensations délirantes. Le seul moyen de détruire cette funeste association entre une impression reçue et les symptômes du délire consiste à empêcher que cette impression se renouvelle et, pour cela, il faut soustraire le malade aux causes qui la produisent. » Et l'auteur cite l'observation de femmes qui, sentant revenir leur accès après quelques jours passés dans leur famille, se présentaient d'elles-mêmes à la Salpétrière et évitaient ainsi de retomber dans leur délire.

Il est certain, en tous cas, que cette thérapeutique d'isolement ne peut s'appliquer à tous les malades : aux mélancoliques, entre autres, et c'est une question de grossière logique puisque la fréquence des idées de suicide chez eux oblige à une surveillance étroite, aux simples déprimés qui ont déjà trop tendance à « ruminer » leurs soucis réels ou imaginaires, aux psychasthéniques que la solitude livre plus complètement à la tyrannie de leurs obsessions. Pourtant, « l'ennui, dit Esquirol, devient, dans l'isolement, une passion active qui réagit utilement sur les pensées et sur les affections des aliénés. Lorsque l'ennui n'est pas trop prolongé, lorsqu'il n'est pas trop profond, il éveille le désir de changer une situation qui déplaît et donne une activité nouvelle et salutaire aux facultés intellectuelles et morales. » Mais ce sont les états d'excitation psycho-motrice qui bénéficient le plus de l'isolement : les maniaques, surtout, dont l'attention toujours à l'affût de la moindre occasion de caustiques plaisanteries, de discours sans fin, s'en trouve privée de ce fait, les hystériques qui perdent ainsi un public nécessaire à l'éclosion de leurs manifestations névrotiques. « Le premier effet de l'isolement est de produire des sensations nouvelles, de changer et de rompre la série d'idées dont l'aliéné ne pouvait sortir ; des impressions inattendues et nouvelles frappent, arrêtent son attention et le rendent plus accessible aux conseils qui doivent le ramener à la raison. Aussi, dès le premier moment qu'un aliéné est isolé, surpris, déconcerté, il éprouve toujours une rémission précieuse pour le médecin qui

alors, trouvant le malade sans prévention, peut plus facilement acquérir sa confiance. » D'autre part, le soustrayant à tout autre influence que la sienne, l'isolement lui permet d'agir plus efficacement par la persuasion au cours de fréquents entretiens. C'est la méthode préconisée d'ailleurs par Dubois de Berne, dont nous avons parlé plus haut.

Si l'isolement, mettant le malade à l'abri de certaines causes psychiques pathogènes, donne d'heureux résultats, une méthode utilisant un mécanisme inverse a permis d'enregistrer des guérisons indiscutables : il s'agit du choc moral, du « psycho-choc », pour employer le terme créé par M. Ferdière.

Esquirol, encore, soulignant la fréquence des « causes morales », à l'origine de la « folie », en vient à renverser le problème et à envisager l'utilisation de ces mêmes « passions » en psychothérapie. « Une joie imprévue, un succès inespéré, n'ont-ils pas fait cesser les maladies les plus graves ? N'arrive-t-il pas qu'une vive frayeur, qu'un violent chagrin aient terminé des maladies qu'on croyait incurables ? Ces troubles qui bouleversent tout l'homme moral ne ressemblent-ils point aux mouvements tumultueux qui précèdent les crises physiques ? » Et, plus loin : « Il est constant qu'on ne guérit point par de simples raisonnements ; les malades ont beau les entendre, les comprendre même, il leur manque la force de conviction, force qui ne s'acquiert qu'après un violent ébranlement »... « C'est ici le cas d'appliquer la méthode perturbatrice, de briser le spasme, en provoquant des secousses morales qui dissipent les

nuages dont l'intelligence est couverte, qui déchirent le voile interposé entre le monde extérieur et l'homme, qui brisent la chaîne vicieuse des idées, qui rompent le charme qui retient dans l'inaction toutes les puissances actives de l'aliéné.»

L'auteur pense inspirer une crainte salutaire aux maniaques qui, « audacieux, téméraires, se laissent facilement intimider. La crainte exerce sur eux un tel empire, qu'ils deviennent timides, tremblants, soumis devant les personnes qui savent leur en imposer ». Mais, « s'il est essentiel de provoquer des secousses violentes en excitant telle ou telle passion pour subjuguer les aliénés, pour dompter leurs prétentions, pour vaincre leurs emportements, il n'est pas moins important d'être bon, sensible, affable, prévenant à leur égard, mais toujours c'est par les secousses morales qu'on obtient leur guérison. »

M. G. Ferdière, lui, propose la sortie prématurée en fait de psycho-choc, et cite deux observations de schizophrènes qui semblent indiscutables ; ces malades ont repris une activité normale à la suite d'une libération précoce. M. Répond cite de son côté un cas analogue : « La psychothérapie individuelle nous semble être d'une efficacité toute particulière dans certains cas de schizophrénies... Plus il y aura de structure psychogène et complexuelle dans un cas, et mieux ce dernier réagira à la psychothérapie. » Il souligne le bon effet de l' « attaque brusquée » des complexes, suivie d'une sortie précoce. « Les renvois précoces » en effet « ont fréquemment une efficacité certaine, parfois miraculeuse au point de vue théra-

peutique. » On obtient ainsi la rupture, dans l'esprit du malade, d'une habitude : il s'est accoutumé à penser d'une certaine façon, une « persistance mentale morbide » s'est installée, entretenue par la discipline monotone de l'asile, la fréquentation des mêmes personnes, la perception des mêmes objets, peut-être aussi par une sorte de résignation à l'étiquette posée sur lui à l'internement.

M. Hyvert, qui commente ce phénomène, cite les observations de deux mélancoliques et d'un cas de confusion mentale ayant apparamment évolué vers la chronicité et que la brusque réintégration dans leur milieu familial guérit.

M. Ferdière ne sait s'il faut voir à la base de tels résultats un mécanisme de « recristallisation massive » ou la « rupture d'un transfert négatif responsable d'une attitude de persévération, voire d'une véritable psychose asilaire. »

Nous ne possédons pas d'exemple aussi typique que ceux de ces auteurs ; nous pouvons pourtant citer l'observation suivante :

Obs. 2. — C..., âgé de 59 ans, entre dans le service avec un certificat ainsi conçu : « affaiblissement psychique artéro-scléreux. Troubles de la mémoire et de l'orientation. Incapacité de calculs élémentaires. Excitation psycho-motrice. Loquacité. Sensiblerie. Mobilité de l'humeur. Irritabilité. Episodes dépressifs. Vagues idées de persécution et d'hypochondrie. Episodes oniriques... » Et, à la quinzaine : « Psychose anxieuse. Préoccupations hypochondriaques liées à des phénomènes d'an-

goisse viscérales. Episodes mélancoliques par intervalles »...

Dans le service, le malade passe par des phases d'anxiété et de calme. Il est persuadé qu'il est atteint d'une grave maladie d'estomac, qu'il ne guérira jamais. Crainte de mourir. Phénomènes d'angoisse digestive. Il est nécessaire de lui consacrer chaque matin un plus ou moins long entretien au cours duquel il se plaint de malaises divers, et fait part au médecin de sa peur de mourir. Il faut essayer de le persuader qu'il va mieux et sera bientôt en état de sortir pour s'occuper des trois orphelins que vient de laisser seuls la mort de sa fille.

Brusquement, en mai 1945, plus d'un an après son internement, alors qu'il est encore très anxieux, on décide de le mettre en congé d'essai. Il a été possible de le prolonger jusqu'à ce jour : C... a, aussitôt sa libération, repris son métier de marchand ambulant, il travaille avec cœur et s'occupe activement de ses petits-enfants. Il est venu nous voir plusieurs fois : transformé, il a perdu cet aspect affaissé et ce regard anxieux qu'il avait parmi nous ; il ne se préoccupe plus de sa santé et ses malaises ont presque disparu ; il ne présente plus de phénomènes d'angoisse.

Si, dans certains cas, ces méthodes de choc moral réussissent, il en est d'autres où le malade ne peut être ainsi brusquement livré à lui-même, et a besoin, pour recouvrer la santé mentale, d'une véritable tutelle. Le rôle du médecin consiste alors à l'aider à sublimer ses préoccupations morbides : il s'agit là d'une véritable invigoration où l'on insuffle au sujet une force capable de relever sa volonté débile ou impuissante. Il faut se garder d'ailleurs de lui donner

l'impression qu'on se substitue véritablement à lui ; M. Trueb, de Zurich, insiste bien sur le fait que « le malade n'est pas celui qui doit être soigné, mais un sujet co-responsable de la solution et de la liquidation de son mal, et dans la réponse à donner quant au sens individuel de sa souffrance ».

Jung, au sujet des névroses, précise d'autre part que, « comme le trouble mental demeure intimement lié à la personnalité du malade, tout traitement approfondi doit renoncer, du moins dans son stade avancé, à l'application d'une méthode précise ; le traitement évolue alors et devient un procédé de dialectique ou plutôt un échange de vues entre deux personnalités. Le « transfert » n'est pas une condition souhaitable, mais souvent une « projection inévitable. »

C'est d'ailleurs au moment où le malade reporte sur son médecin toute son affectivité inemployée, que le rôle de celui-ci devient délicat ; M. Maeder, de Zurich, le souligne, précisant qu'il faut éviter au sujet de se cantonner sans une imitation de celui qu'il admire ; il faut laisser la place à son « imagination créatrice », donnant lieu à une « prolifération » dont les motifs sont encore inconscients pour lui et dont on doit lui « faire comprendre la fonction prospective ». « Le médecin doit interpréter ces produits de l'activité inconsciente, les rendre accessibles à la mentalité rationnelle du sujet », exercer une « influence dynamogénisante. » C'est qu'en effet, la guérison d'une psychonévrose « n'est pas essentiellement caractérisée par la disparition des symptômes, mais

bien par l'intégration ou la réintégration de la hiérarchie des fonctions psychiques, par la synthèse de l'individualité. »

Il faut, le plus souvent, mettre le malade en face de « ses responsabilités envers lui-même et la maladie, « le manque de critère moral » étant « plus souvent à la base des névroses que le traumatisme sexuel de l'enfance », affirme M. Kiewiet de Jonge, un psychiatre suisse.

Sans qu'il nous ait été nécessaire d'avoir recours à une véritable psychanalyse, il nous a été possible de découvrir chez un de nos malades, à l'origine des manifestations pithiatiques, non un complexe profondément refoulé dans l'inconscient, mais un choc affectif de l'enfance lié à un pénible sentiment d'impuissance physique vis-à-vis de la force de son beau-père. Notre rôle psychothérapique consista à faire prendre conscience au malade de l'origine probable de ses troubles et de l'influence que pouvait avoir sa volonté sur ses crises, à lui donner la conviction qu'aidé par nous, il était sûr de guérir s'il voulait s'en donner la peine.

Obs. 3. — R..., âgé de 29 ans, entre dans le service avec le diagnostic d'un « épisode confusionnel consécutif à des manifestations épileptiques ». Il se montre lég(èrement anxieux, inquiet de son état, mais présent et bien orienté. Il nous dit avoir eu une enfance difficile : orphelin de père à l'âge de six ans, il a été placé par sa mère dans un collège. Celle-ci s'est remise en ménage très rapidement, a eu un second enfant, et a repris son fils avec elle deux ans après. Le beau-père,

ivrogne, très brutal, faisait des scènes très violentes ; au cours de l'une d'elles il en est venu à battre sa femme sous les yeux de notre malade ; celui-ci, désespéré de ne pas être assez fort pour défendre sa mère, s'est mis à pleurer de rage. Puis il a été secoué de tremblements nerveux, avec sensation d'étouffement, il s'est roulé par terre, on l'a conduit à l'hôpital où l'enfant a entendu prononcer à son sujet le mot d'épilepsie. Il n'y avait eu aucune perte de connaissance, pas de morsure de la langue, pas d'énurésie, pas d'amnésie consécutive.

Par la suite, les crises se sont produites, assez fréquentes, et toujours à l'occasion d'émotions, de remémoration de souvenirs pénibles. La crise qui a précédé l'internement semble avoir été accompagnée d'obnubilation, de phénomènes oniriques et de propos incohérents. Actuellement, il avoue qu'il peut fort bien s'empêcher, par un effort de volonté, de divaguer.

Il se plaint de manquer de force de caractère. Craint d'être épileptique, donc incurable. Souhaite guérir pour s'occuper de son demi-frère qui est à sa charge. A l'impression qu'il porte malheur à ceux qui s'intéressent à lui.

Dans le service, présente plusieurs crises hystériformes avec angoisse, tremblement, opisthotonos, pleurs amenant la détente. D'autre part, on assiste également à de rares manifestations épileptiformes, mais toujours déclanchées, elles aussi, par des contrariétés.

Très rapidement, sous l'influence d'une psychothérapie active, le malade reprend confiance en lui. Il signale lui-même avec joie la raréfaction de ses crises, sous l'influence de sa volonté qu'il contrôle mieux.

Il sort guéri, trois mois après son internement.

Le fait de rendre au malade la conscience que ses actes ont toujours une valeur à la fois morale et sociale, est en effet d'une importance capitale. La plupart des auteurs insistent sur l'influence néfaste du « dogme de l'irresponsabilité totale du malade mental ». M. Hermann Simon y voit « une source des réactions asociales de ces sujets. « C'est, dit-il, la plus grande humiliation que nous puissions infliger à nos concitoyens, même malades. » MM. Vié et Chanès en font un des éléments favorisant « la dissociation de la personnalité » et affirment que, « sans le sentiment de la responsabilité, on ne saurait vraiment parler de restauration de la personnalité humaine ». Il est de fait qu'il est indispensable à la dignité humaine et qu'on ne peut espérer obtenir de guérison parfaite chez un aliéné tant qu'il ne lui a pas été rendu.

On peut rapprocher de cette notion celle de la confiance qu'il faut savoir montrer à certains sujets, malgré leur passé de délinquance, si l'on veut les voir s'acheminer vers l'amendement. Nous n'envisageons pas ici le cas de la perversion vraie, mais celui si fréquent, des jeunes gens qui ont de simples « tendances perverses » et dont on peut espérer un relèvement. Il est certain que ces sujets entrant à l'asile avec la fâcheuse étiquette d' « inintimidabilité » sont comme enfermés dans le cercle des peccadilles ou même des fautes graves qu'il ont commises. Il s'agit donc, pour le médecin, de les aider à rompre avec leur jeune passé déjà lourd, de leur montrer qu'on les croit encore capables de bons sentiments, et de

les persuader ainsi qu'ils peuvent encore bien faire. On peut se heurter à des natures rebelles ; mais nous avons vu s'améliorer sensiblement et sortir de l'asile des jeunes gens que leurs certificats d'entrée semblaient condamner à un internement très prolongé.

Obs. 4. — C..., âgé de 27 ans, élevé par l'Assistance publique, a été placé successivement dans plusieurs hôpitaux psychiatriques, avec le diagnostic de « déséquilibre psychique. Instabilité. Tendances perverses (vols). Amoralité profonde. Cynisme. Dissimulation effrontée ». Se livrait, à l'asile même, à un trafic de vivres et à des jeux d'argent. A fini par être placé en Colonie Familiale d'où il s'est évadé. A été de nouveau interné à Paris à la suite de vols.

Dans le service, se montre assez discipliné, et attaché au médecin-chef qui l'a connu en Colonie familiale. S'occupe à dessiner avec assez d'habileté. Au bout de quelques mois, demande à travailler à la ferme de l'établissement ; on le lui acorde, en lui demandant de donner sa parole qu'il ne cherchera pas à s'évader, malgré la liberté relative dont il jouira. Donne toute satisfaction à ses chefs, exécute avec soin des travaux pourtant durs pour lui, qui est de petite constitution et peu habitué à ce genre d'activité. Réclame sa libération. Totalement isolé au point de vue familial, il sort pourtant, dix-huit mois après son dernier internement ; il reste sous la surveillance du service social, surveillance dont il comprend d'ailleurs parfaitement l'utilité et à laquelle il se soumet volontiers. Il travaille actuellement comme garçon de restaurant, s'entend fort bien avec son entourage et n'a pas donné lieu, depuis plusieurs mois, à la moindre plainte.

Nous en arrivons ainsi à une notion que nous croyons essentielle : celle de l'optimisme en thérapeutique psychiatrique. M. P. Verstraeten, un médecin belge, met dans « la conviction raisonnée et souriante, une force très efficace, génératrice d'action bienfaisante en thérapeutique individuelle et sociale ». Ce n'est pas là une question de suggestion, ni même de persuasion : il s'agit simplement de créer autour du malade une atmosphère favorable à sa guérison. C'est au fond un sentiment qu'on peut rapprocher de la foi et qui s'adresse à l'on ne sait quelles forces obscures dont l'influence est indéniable.

ESSAI D'EXPLICATION

Après avoir essayé de dégager les éléments thérapeutiques contenus dans les diverses méthodes exposées dans notre historique, nous nous apercevons qu'en somme, on ne peut les séparer qu'artificiellement, chacune d'elles faisant appel à plusieurs mécanismes, qu'il s'agisse de la négation systématique, de l'oubli, ou au contraire de la resurgescence de souvenirs traumatiques, de la création d'un courant d'intérêt nouveau par les sublimations de toute nature, de l'invigoration. Le problème psychothérapique se trouve donc posé.

Nous ne prétendons pas en apporter la solution. Il ne nous est pas interdit cependant d'essayer de l'envisager sous l'aspect particulier que nous ont suggéré les doctrines nouvelles.

La première qui nous intéresse ici est la théorie Jacksonienne qui permit à Delmas-Marsalet d'ériger sa théorie de la dissolution - reconstruction.

Pour Jackson en effet, l'organisation des fonctions nerveuses se fait suivant une hiérarchie, depuis « les plus automatiques, les plus simples, les plus organisées, jusqu'aux plus volontaires, aux plus complexes, aux moins organisées ».

Les premières atteintes par la maladie mentale sont les moins élémentaires, la dissolution se faisant en sens inverse de l'évolution.

Ainsi, dans toute maladie mentale existent :

— des éléments négatifs dûs à la partie « manquante » du psychisme, et correspondant aux fonctions désagrégées ;

— des éléments positifs, dûs à la partie restée intacte de la personnalité, qui continue pour son propre compte son évolution, son activité se trouvant réduite et déformée du fait de l'atteinte qu'a subie son intégrité.

« Plus légère est la dissolution, moindre est l'état mental négatif et plus ce qui reste possible d'activité psychique est élaboré. »

On peut rapprocher ce principe de ce que dit P. Janet à propos de la psychasthénie : « Il y a un phénomène primitif et essentiel qui consiste dans la disparition de certaines opérations psychologiques supérieures d'après notre hiérarchie, avec conservation des inférieures. »

Ainsi, l'affection mentale n'apporterait aucun élément qui ne se trouve déjà dans le psychisme. MM. Ey et Rouard le soulignent : la lésion « libère » des niveaux inférieurs du psychisme, « elle ne crée pas, il n'y a pas de néoformation morbide directe ». « Les différentes maladies mentales », conclut Delmas-Marsalet, doivent donc « être envisagées comme des niveaux différents de dissolution ».

Enfin, et c'est là que s'élabore toute la théorie, « on peut se représenter ces états mentaux particuliers comme un agencement nouveau d'un tout cellulaire quantitativement inchangé... Ce tout cellulaire pourrait s'unir de manières fort différentes, à la façon même des isomères chimiques ; le propre de cet agencement consisterait dans une certaine reversibilité tant que n'interviendraient pas des modifications réellement destructives, capables de changer la somme même des éléments cérébraux en activité. » C'est là l'isomérie nerveuse.

Passant en revue les dissolutions-reconstructions physiologiques du sommeil normal et expérimental, Delmas-Marsalet en vient aux dissolutions-reconstructions thérapeutiques ; le principe consiste à détruire par un procédé quelconque (l'électro-choc en particulier) l'édifice morbide ; (la reconstruction à partir des éléments psychiques épars a des chances de se faire dans un sens favorable, à moins que ne se produise un phénomène de mutation transformant un état pathologique en un autre, ou qu'un « moellon anormal », l' « incident inducteur » de Claude de Roubinovitch ne se glisse dans la construction. « C'est sous cette forme et non sous celle d' « un véritable viol de la volonté » que s'y introduit la suggestion thérapeutique faite dans la période du réveil post-hypnotique ou post-convulsif ». « La suggestion faite en période de reconstruction peut donc être de quelque utilité. »

Delmas-Marsalet appuie l'hypothèse suivant laquelle la reconstruction se fait dans le sens de la gué-

rison sur des données biologiques, à savoir : « L'ancien résiste mieux à la dissolution que le nouveau et tend à primer celui-ci dans la reconstruction psychique ultérieure. »

Telle qu'elle est exprimée, il semble que la théorie de la dissolution-reconstruction reste très empirique et se contente de poser une nouvelle hypothèse à propos du Jacksonisme d'où elle a tiré son originalité.

Cependant, en la rapprochant de la Physologie de la forme, nous avons cru entrevoir l'ébauche d'une solution assez satisfaisante.

La Gestaltthéorie nous a été exposée en France par le Pr Guillaume, mais elle a pris naissance en Allemagne, au début du siècle, et a été illustrée à l'école de Berlin par les noms de Wertheimer, Köhler, Koffka, Lewin. Elle s'oppose à la théorie analytique qui réduit le fait psychologique à ses éléments associés (sensations, perceptions, images) ou aux rapports qui existent entre ces éléments ; elle le considère comme une forme, une structure, une organisation, dont chaque élément tire sa raison d'être. « Une forme est autre chose, ou quelque chose de plus que la somme de ses parties. »

La Gestaltthéorie étend son domaine au monde physique et physiologique. Elle ne se contente pas de simples hypothèses — et c'est là que réside son originalité — les lois qu'elle formule sont tirées de l'expérience ; mais nous ne pouvons entrer ici dans le détail de ces travaux ; nous citerons simplement,

pour rendre plus claire la signification du mot « forme » deux exemples rapportés par Guillaume et donnés par le Viennois Ehrenfelds : « La mélodie se compose de sons, une figure de lignes et de points. Mais ces complexes possèdent une unité, une individualité. La mélodie a un commencement et une fin, des parties ; nous distinguons sans hésitation les sons qui lui appartiennent et ceux qui, même intercalés parmi les premiers, lui restent étrangers. De même la figure se limite dans notre champ visuel par rapport aux autres figures ; tels points et lignes en font partie, tandis que tels autres en sont exclus. La mélodie et la figure sont des formes. La mélodie peut être *transposée* dans un autre ton. Elle reste pour nous la même mélodie, si facile à reconnaître que parfois nous ne nous apercevons pas du changement. Cependant, *tous* ses éléments sont altérés, soit que tous les sons soient nouveaux, soit que certains d'entre eux occupent d'autres places avec d'autres fonctions. Par contre, si *une seule* note de la mélodie originale est altérée, nous avons une autre mélodie avec des qualités formelles différentes par exemple, quand l'altération de hauteur d'un seul son la fait passer du mode majeur au mode mineur... Il n'y a rien dans la perception immédiate de la mélodie qui se traduise effectivement par des jugements de relation, qu'ils s'énoncent dans le langage de la physique ou dans celui de la théorie musicale. Même s'il est capable d'énoncer de tels rapports, l'auditeur perçoit d'une autre façon quand il entend naïvement la phrase mélodique et quand il découvre ces rapports.

L'analyse est une tranformation réelle de l'état de conscience. »

Si la Gestaltthéorie rend compte de la psychologie normale, il ne semble pas qu'elle se soit encore introduite dans la pathologie mentale ; ce champ d'expérience a pourtant dû tenter ses auteurs, leurs travaux ne nous sont pas connus. Cette question est abordée de façon très superficielle dans le livre du Pr Guillaume. Nous nous contenterons donc de signaler ici les points de la Gestaltthéorie qui nous ont paru apporter un peu de clarté dans le problème qui nous occupe.

Nous trouvons tout d'abord, une définition de la maladie : « Ce n'est pas une dissociation mais une dégradation des structures, qui les ramène à un niveau de moindre différenciation, les lois générales d'organisation restant d'ailleurs les mêmes. » Nous retrouvons là le second principe Jacksonien qui, sous cet angle, prend une signification plus ample : la maladie consiste en un déficit qui met à jour dans le psychisme, une structure pathologique de niveau inférieur.

On retrouve aussi, chez Blondel, une idée de même ordre : dans la conscience morbide « la même continuité... se retrouve indissoluble entre le corps, le moi, et le monde extérieur... il y a effacement des cadres rigides où se distribue notre expérience..., retour des états de conscience à l'indistinction originelle ».

On voit enfin cette notion dans la Gestaltthéorie : « On peut, dans certains cas rares et exceptionnels,

avoir l'expérience d'états d'indifférenciation antérieurs à la distinction du moi et du non-moi ; Koffka s'appuie, pour le montrer, sur une observation du retour progressif à la conscience chez un alpiniste après une chute. » Il n'est pas interdit de rapprocher de ces expériences celle de la psychopathologie.

En conclusion, dans la maladie mentale, il y a perte de la structure normale, constituant les couches supérieures du psychisme ; formation d'une structure pathologique qui semble bien être un retour en arrière, comme l'a exprimé M. Ey, appliquant à la psychiatrie la théorie Jacksonienne.

La psychothérapie consisterait donc à restaurer la structure normale. Encore faudrait-il connaître les caractères de cette structure ? La santé psychique se confond-elle avec l'existence d'une bonne forme telle que l'envisage la Gestaltthéorie ? L'une de ses lois essentielles en effet s'y rapporte, elle a été énoncée par Wertheimer : une bonne forme est « régulière, simple, symétrique » et a tendance à se reproduire (elle est « prégnante »).

Il est difficile d'appliquer à l'ensemble du psychisme de telles données, sans réaliser une transposition de termes qui peut paraître élémentaire. La Gestaltthéorie se contente de parler de champ psycho-physique où s'étend le moi conscient, l'inconscient et le corps, mais cet ensemble structuré, comment pouvons-nous l'appréhender ?

Il semble que ce soit à travers les manifestations où il s'extériorise : le langage, en premier lieu, qui permet une prise de contact immédiate, le comporte-

ment ensuite, qui rend nécessaire un travail d'interprétation de la part de l'observateur. C'est peut-être là que se trouve la pierre de touche de la morbidité psychique.

Blondel, qui insiste sur la triple réalité de l'homme, à la fois psychique, physiologique et sociale, fait en effet du langage, manifestation collective par excellence, le critère entre la conscience normale et la conscience morbide : « La différence de la seconde à la première doit tenir à ce qui permet à l'une de se socialiser et l'interdit au contraire à l'autre... Le propre de la conscience morbide est d'être réfractaire à notre régime conceptuel, mais... en même temps, elle tient de son passé une irrésistible tendance à s'organiser à l'imitation de la conscience socialisée, à s'efforcer vers une forme collective, c'est-à-dire susceptible de constituer une expérience et de s'objectiver en développements discursifs ». Et ailleurs : « ...le contenu de la conscience morbide, en effet, s'efforce alors naturellement de se distribuer et de s'organiser du mieux qu'il peut. Ou cet effort le porte vers les cadres anciens qui ne peuvent plus lui convenir et la conscience morbide s'immobilise, pour ainsi dire dans le doute et l'anxiété... ou cet effort aboutit à imaginer des cadres nouveaux pour une situation mentale nouvelle, et le seuil des délires est désormais franchi. »

Le mot d'organisation, s'il n'est pas employé ici dans le sens formel, nous semble pouvoir être rapproché de la Gestaltthéorie sans que pour cela soit trahie la pensée de Blondel. Cette « irrésistible ten-

dance à s'organiser » que la conscience morbide « tient de son passé » ne vient-elle pas en effet de ce que la conscience saine est une « bonne forme » et, de ce fait « tend à se compléter », l'organisation « tendant à s'étendre de la partie où elle peut se réaliser à celle où elle ne réussirait pas à s'établir spontanément ».

Une structure psychique morbide, au sens de la Gestaltthéorie, existe donc, érigée tant bien que mal à l'aide des débris de la conscience saine et des phénomènes dus à la présence de l'élément morbide lui-même.

Cette construction, par quel mécanisme se réalise-t-elle ?

Il peut s'agir d'une transposition de la structure : les formes en effet « sont transposables, c'est-à-dire que certaines de leurs propriétés se conservent dans des changements qui affectent, d'une certaine manière, tous ces facteurs » (les excitants dans le cas de la perception).

C'est peut-être le cas du délire paranoïaque dont la caractéristique est d'être organisé, d'adhérer au psychisme sain au point de s'intégrer complètement à lui. Nous avons dit : « psychisme sain » ; à l'origine cependant, existe un terrain dégénératif, une constitution — au sens caractère — qui porte en elle le germe du délire. C'est sans doute pour cette raison que sont conservées dans la paranoïa les facultés intellectuelles : « toute addition (ou suppression) de lignes a des effets très différents selon qu'elle est

conforme ou contraire à la structure de la forme primitive ». Le Pr Guillaume cite deux exemples :

en B, A est englobé dans une figure de structure très différente, elle n'est pas reconnaissable ; en C, « l'équilibre structural primitif » n'est pas détruit et l'on retrouve facilement A.

Cependant, si le langage du paranoïaque traduit des facultés mentales intactes, si le contenu du délire peut s'y « socialiser » il trahit, ainsi que son comportement, son caractère morbide, quoique la transposition se soit faite dans le sens de la structure primitive.

Dans une autre forme de délire, il semble que la transposition se fasse de telle façon que le psychisme antérieur soit bouleversé, désintégré : c'est le cas des démences paranoïdes où le délire s'infiltre peu à peu dans la personnalité en la détruisant. Il n'est plus possible de reconnaître la structure antérieure.

Un autre cas est celui des paraphrénies où sont juxtaposées une activité psychique normale et une activité délirante intense ; il semble que l'élément morbide n'ait pas détruit « l'équilibre structural primitif ».

Enfin, dans le cas des bouffées délirantes, il semble qu'il n'existe pas d'organisation solide et que la régression tienne à la labilité de la construction morbide ; d'où le rôle que peut jouer ici la psychothérapie.

D'autre part, s'il existe une « véritable ressemblance structurale entre le phénomène conscient et le processus cérébral », si « l'organisation psychique traduit celle d'un processus cérébral de même structure », le mécanisme par lequel se constituent les démences organiques est très clair : le phénomène déficitaire entraîne la destruction de la structure saine et la libération ou la construction d'une structure morbide.

Enfin, sans que soit mis en évidence un processus lésionnel destructeur, l'un des éléments du psychisme antérieur peut, en prenant une forte charge affective, se détacher des autres et détruire l'équilibre structural ; c'est le phénomène de la « ségrégagion des unités » de la Gestaltthéorie : dans un ensemble, un objet subissant un « déplacement relatif » par rapport aux autres, « se détache sur le fond comme une unité » au lieu d'y être « absorbé et noyé ». C'est ce qui se passe dans la psychasthénie et dans les perversions où le sujet est la proie d'obsessions bien définies.

Il semble ressortir des notions précédentes que :

— la structure morbide et la structure saine ne se différencient pas l'une de l'autre par le fait que l'une est bonne, au sens de la Gestaltthéorie, et l'autre mauvaise.

— le critère de la morbidité est la socialisation.

D'ailleurs, l'aliéné n'est-il pas, au point de vue social, celui qui ne peut vivre au sein de la collectivité ?

Précisons pourtant qu'il ne faut pas établir de parallélisme absolu entre l'aliénation et les « dissolutions » telles que les envisage M. Ey d'après Jackson. Ces différents niveaux de dissolution ne correspondent pas forcément à des degrés divers de désadaptation sociale. Enfin, et l'on nous excusera de revenir sur ce point qui nous semble important (le psychiatre et en particulier le psychothérapeute trouve dans cette conception une justification de son rôle) : il s'agit, pour lui, de mettre le malade dans des conditions telles que l'organisation de son psychisme se fasse d'après la forme la meilleure possible, que soit ou non intégré à cette forme l'élément morbide.

A ce propos, nous avons trouvé, dans la Gestaltthéorie,, une notion due à Koffka et qui nous semble présenter le plus grand intérêt : elle oppose au « *milieu géographique*, physique ou réel, milieu tel que la science nous le représente, *le milieu de comportement*, milieu tel que l'individu le perçoit, celui où se déroule aussi son action ».

Pour expliciter cette notion, Koffka cite l'exemple d'un individu qui eut à traverser nuitamment le lac de Constance gelé ; s'étant égaré, il affirma à son arrivée avoir voyagé dans une plaine. Il semble évident, en effet, qu'en modifiant d'une façon ou d'une autre le « milieu géographique » d'un malade, le champ offert à son comportement varie, ses perceptions changent et son état mental en subit le contre-

coup : « en vertu des principes de réciprocité ou d'équilibre entre le besoin du sujet et l'organisation du champ externe, on peut les considérer comme réagissant continuellement l'un sur l'autre ; le champ est comme un miroir de l'état affectif du sujet et cet état à son tour est conditionné par le champ, ils ne se déterminent que l'un par l'autre, leur ensemble constitue une de ces formes dont nous avons étudié des exemples ».

C'est le problème banal de l'interaction du monde et du moi, mais envisagé ici sous l'aspect d'une interdépendance qui exclut le déterminisme du type machine (mécanicisme).

Un certain aspect de la psychothérapie se trouve de ce fait justifié.

La première mesure, en effet, qu'on prend vis-à-vis du psychopathe, nous l'avons vu plus haut, est son changement de milieu. Il est le plus souvent séparé de sa famille et conduit en un lieu d'hospitalisation. Le fait même de se trouver à l'hôpital lui fait prendre conscience de la morbidité de son état ; il peut s'estimer interné arbitrairement, l'appareil médical dont il est entouré ne peut qu'influer favorablement sur son état mental en lui suggérant qu'il pourrait être pathologique. Soulignons en passant la nécessité de conserver, même dans le cadre le plus harmonieux, l'atmosphère hospitalière. D'autre part, il faut se méfier de l'acquisition d'habitudes morbides de la part du malade. A l'extrême, elles peuvent constituer la fameuse « démence asilaire » : il est paraît-il, frappant de constater la véritable résurrection qui se pro-

duit chez certains vieux chroniques inertes étiquetés « déments », à l'occasion de transferts d'un asile vers une colonie familiale par exemple : après une phase d'excitation où se manifeste une véritable « ivresse de liberté », ils se trouvent transformés au point de recouvrer une activité et un niveau mental très suffisants.

C'est qu'en effet, si « l'organisation dépend de la constellation d'excitants », elle dépend aussi de l'attitude du sujet. « Une première catégorie d'attitudes dépend des conditions objectives immédiatement antérieures. Il y a une tendance du groupement réalisé dans les épreuves précédentes à se conserver, la forme résultant des conditions objectives antérieures oppose une certaine *résistance* aux changements ultérieurs. »

Ce qui est dit à propos de la perception peut l'être à propos de la psychopathologie. C'est en effet, confirmé par les faits d'observation : nous avons déjà signalé les résultats obtenus par les méthodes telles que le « psycho-choc » dont la brutalité est nécessaire pour vaincre la « résistance » de l'organisation morbide favorisée par la persistance des mêmes cadres, des mêmes attitudes mentales du malade vis-à-vis de ses troubles. Il ne s'agit pas seulement, d'ailleurs, de sorties précoces, de transferts, de changements de quartier. C'est ici que se pose la question de l'ergothérapie, de la thérapeutique par le travail. La méthode la meilleure est celle de l'apprentissage des techniques : il ne suffit pas, en effet, de procurer au malade une occupation dont les gestes risquent

de devenir automatiques et de s'intégrer, sans la perturber, à l'organisation morbide ; il faut essayer, toutes les fois que cela s'avère possible, de faire acquérir au malade des techniques nouvelles, cet apprentissage lui fournissant à la fois l'occasion de s'évader de ses préoccupations morbides et de s'intégrer à un niveau mental supérieur, réalisant ainsi une véritable « réévolution » telle que l'envisage le Jacksonisme. Pour certains sujets évolués, la psychothérapie s'inspire des mêmes procédés en leur proposant de cultiver leur vie intérieure, d'aller plus avant dans la connaissance et, partant, l'amélioration de leur « moi ». Ceci présente, d'ailleurs, un certain danger et ne peut s'adresser qu'à un nombre restreint de malades ; chez d'autres, au contraire, les schizoïdes, en particulier, il faut lutter contre l'introspection et la tendance à se pencher sur les problèmes métaphysiques.

Mais nous n'en avons pas fini avec l' « attitude » du sujet : « dans d'autres cas, l'organisation semble résulter d'une initiative du sujet qui s'efforce de voir telle forme déterminée, l'imagine, cherche à la construire. Mais il s'agit encore ici d'un apport de la mémoire puisque cet effort implique qu'on connaît à quelque degré ce qu'on cherche ; cette forme ou une forme semblable s'est réalisée spontanément dans une expérience antérieure ». C'est ainsi que peuvent intervenir à la fois le « bavardage » psychothérapique sous forme de persuasion et les conditions de vie qui sont offertes au malade. On connaît les cas où l'on voit osciller le malade du délire à la

réalité. Nous pouvons rapprocher ce phénomène de celui que signale la Gestaltthéorie à propos des images ambiguës susceptibles d'être vues de deux façons (dessins noirs de forme privilégiée sur fond blanc) (1), soulignant le fait que « lorsque la contemplation se prolonge un certain temps, on voit parfois les deux formes alterner ».

La psychothérapie peut favoriser la persistance de la forme saine et la disparition de la forme morbide, « l'attitude spéciale du sujet pouvant provoquer une sorte de suppression analogue à celle qu'on produirait à l'aide d'un écran ».

D'après la Gestaltthéorie d'autre part, « une partie dans un tout est autre chose que cette partie isolée ou dans un autre tout, à cause des propriétés qu'elle tient de sa place et de sa fonction dans chacun d'eux ».

« Deux points, deux lignes, peuvent être vus comme un couple, une paire, ou comme deux objets indépendants. Un troisième point ajouté dans le champ peut s'associer à l'un des deux autres ou apparaître comme objet distinct. Son sort dépend surtout de la fonction qu'il peut remplir dans le groupe. » Le courant d'intérêt nouveau qu'on introduit dans la vie du malade en lui offrant l'occasion de reconstruire une structure saine — c'est le rôle que jouent d'ailleurs à côté du travail toutes les

---

(1) Au moment où nous terminions ce travail, M. Bonnafé présentait à la Société Médico-psychologique un exposé sur « Gestaltthéorie et structures en psychiatrie ». Il utilise également la notion fond-figure, avec cette différence qu'il fait de la figure, la maladie, et du fond, la personnalité du sujet.

sublimations telles que la foi ou le transfert affectif — doit être assimilé au « changement d'une condition objective » qui « peut tantôt produire un changement *local* dans la forme perçue, tanttô se traduire par un changement *dans les propriétés de la forme totale* ».

Deux éventualités se présentent donc : ou bien l'élément morbide est excentré par rapport à l'ensemble du psychisme et, de ce fait, a tendance à s'éliminer par oubli ou réticence, ou bien il s'intègre dans la structure globable où il est neutralisé par l'élément nouveau apporté par la psychothérapie. A propos du premier de ces deux cas, nous nous permettons d'insister sur le fait qu'une des règles essentielles que doit observer le psychiatre est souvent le silence. Les modes d'internement actuel, dans la région parisienne, prévoyant le passage du malade dans plusieurs services successifs, depuis son admission jusqu'à son transfert dans un asile de banlieue, impliquant de la sorte des interrogatoires nombreux dont certains, dans un but didactique, sont faits avec insistance de façon à vaincre une réticence possible, vont à l'encontre du processus de guérison.

Lorsqu'en effet, un malade cesse de parler de son délire, c'est qu'il l'oublie, volontairement ou non, ou qu'il préfère le taire. Il peut être dangereux de réveiller des souvenirs morbides, de provoquer la « restauration de la structure » pathologique, si, comme l'affirme la Gestaltthéorie, le rappel se fait par ce mécanisme.

Nous croyons que, même lorsqu'il s'agit, au moment où est réclamée la sortie du malade, de déterminer son degré de nocivité vis-à-vis de la société, il vaut mieux se contenter d'une appréciation moins exacte, plus intuitive, que de faire courir au convalescent le risque d'une rechute ; enfin il serait souhaitable d'utiliser des techniques indirectes d'examen qui permettent d'apprécier, sans infraction dangereuse dans le psychisme du malade, son état mental. Il existe actuellement fort peu de tests qui jouent ce rôle, on connaît l'intérêt du « Rorschach », de la typologie à laquelle M. Dublineau a attaché son nom, mais il s'agit encore là de moyens insuffisants qu'il serait nécessaire de compléter de façon efficace.

D'autre part, on connaît l'inutilité de l'attaque brutale et directe d'un délire, par la négation ou une tentative de raisonnement. Le délire est fait souvent de données primitives, immédiates. On peut à ce sujet citer le terme de « pseudo-constat » créé par de Clérambault à propos de la paranoïa. « Au point de vue purement phénoménologique », nous dit la Gestalt-théorie, « l'expérience immédiate nous donne plus qu'une simple succession de contenus de conscience ; ces relations de causalité ne sont pas conclues de comparaisons laborieuses ; elles sont directement senties. L'atomisme mental avait encore ici faussé la description des phénomènes. » La phase où se font les pseudo-constats peut précéder une période d'inquiétude, de perplexité à la base de laquelle se trouve une angoisse ; c'est sur ce seul élément affectif qu'on est susceptible d'agir par la psychothérapie.

Une fois le délire constitué, il n'est plus question de s'y attaquer directement ; nous avons vu plus haut le rôle que peut jouer dans ce cas la psychothérapie qui doit se borner à favoriser l'oubli ou l'enkystement de l'élément morbide. D'ailleurs, il serait difficile de le détruire, les phénomènes délirants, récidivant à propos de toutes les perceptions, contribuent à l'érection d'une forme « prégnante » donc forte, dont les différentes « parties perdent leur autonomie, dans une subordination de plus en plus étroite au tout ». Enfin l'élément morbide lui-même peut être la source d'une activité supérieure : l'angoisse qu'éprouvent certains asthéniques pénétrés du sentiment de leur infériorité, les pousse à agir toujours davantage et toujours mieux. Continuellement instatisfaits des résultats qu'ils obtiennent, ils s'efforcent de les améliorer sans cesse. Ce fait, signalé avec insistance par Adler, est à la base de sa «psychologie individuelle ». « Le psychothérapeute doit, avant tout, tenir compte du rôle du dynamisme psychique et de sa poussée en haut. Le névrosé ne poursuit la recherche du plaisir que par la partie pour ainsi dire saine de sa constitution psychique, tandis que la partie névrotique de celle-ci poursuit des buts supérieurs : c'est la manifestation d'une « volonté de puissance » invincible. »

Dans l'évolution d'une telle névrose se voient d'ailleurs des phases de dépression où le malade est découragé, où son élan est brisé. L'essentiel pour lui est de trouver une tutelle morale capable de lui offrir une certitude au sujet de son état, de détruire l'impression de flou qu'il éprouve. Il faut savoir lui dire

à ce moment-là qu'il est effectivement malade, que sa « tension psychologique » s'est abaissée au-dessous du seuil qui lui permettait une activité normale et qu'il lui faut se reposer. Il est indispensable, ensuite, de savoir saisir le moment où doit lui être suggéré le désir de reprendre la lutte et de sublimer ainsi ses tendances névrotiques.

Il nous reste maintenant à aborder le problème des psychoses organiques. La psychothérapie a, là aussi, son rôle à jouer, mais elle doit s'armer de moyens proprement médicaux. Son rôle personnel consiste à faire le bilan de ce qui reste intact dans le spychisme de ces malades afin de l'utiliser au mieux ; c'est ici, plus que partout ailleurs, que doit intervenir la Sociothérapie tenant compte du « niveau d'adaptation » du malade, visant à l'intégrer à un milieu où il puisse recouvrer une partie de sa dignité d'homme. Enfin, la gangue fonctionnelle elle-même peut être l'objet d'une rééducation appropriée qui peut d'ailleurs, à la longue, abaisser la limite du déficit originel. On trouve des notions de cet ordre dans la Gestaltthéorie : « l'étude des restaurations fonctionnelles met également en lumière les lois d'organisation ; la fonction qui fait l'organe ne ressemble pas à la fonction de l'organe tout fait, telle du moins que la théorie mécaniciste nous la décrit ; la fonction s'explique déjà par les lois d'organisation spontanée des formes physiques... Ce sont sans doute les mêmes lois qui expliquent les différenciations nouvelles des fonctions ». Ici est cité l'exemple de la différenciation dans le champ intact de la rétine des hémianopsiques

d'une pseudo-fovea qui remplit la fonction de l'organe sain. Ainsi « la destruction de la structure matérielle (ou son déséquilibre avec un milieu modifié) peut aboutir, par le jeu des mêmes lois à une restauration partielle ou à une correction de la fonction ».

C'est en somme, exprimée en langage formel et justifiée par l'expérience scientifique, la notion de l'interaction du physique et du mental sur laquelle nous avons insisté dans notre introduction.

On peut étendre le problème psychothérapique des psychoses organiques au cas des oligophrénies où se posent des problèmes voisins, à cela près qu'il ne s'agit pas de restaurer une structure détruite par la maladie, mais d'agir sur un ensemble où le déficit est congénital.

DONNÉES PRATIQUES

Cet exposé a pu sembler obscur, du fait de son extrême concision ; nous allons donc maintenant essayer, en en tirant des conclusions pratiques, d'y apporter quelque clarté.

Qu'on ne s'attende pas à lire ici une nosographie des diverses maladies mentales avec les indications psychothérapiques propres à chacune d'elles. La méthode qui nous occupe ne peut s'exprimer en un simple formulaire : il s'agit de données synthétiques, applicables à l'ensemble de la psychopathologie.

C'est au psychiatre lui-même à adapter la méthode à chacun de ses malades dont il lui faut appréhender intuitivement le psychisme à travers les propos et le comportement. Il ne faut pas oublier que toute une partie des troubles mentaux, correspond à l'activité de ce qui reste sain dans le psychisme. C'est à ces éléments reconstructifs qu'il faut essentiellement s'adresser, risquant ainsi d'imprimer aux manifestations déficitaires un élan « vers le haut ». En tous cas, l'action psychothérapique doit être aussi nuancée que possible, s'appliquant à un matériel essentiellement divers, puisqu'il ne s'agit rien moins que de la personnalité de chaque malade. C'est en cela que la

psychothérapie se présente plus comme un art que comme une science.

Si l'influence directe du médecin sur son malade est indispensable, il ne faut pas oublier le second aspect de la méthode qui nous occupe : la sociothérapie. On en a fait un procédé isolé sans la rattacher nettement à la psychothérapie dont elle n'est pourtant qu'un des éléments, et l'un des éléments essentiels.

Nous faisons nôtres, en effet, comme nous l'avons dit plus haut, l'idée de Blondel suivant laquelle le critère de la morbidité psychique est la socialisation et la notion de Koffka sur l'existence d'un « milieu de comportement ». Nous pensons que l'action directe sur le psychisme du malade, par l'intermédiaire de la parole, doit, pour être efficace, se doubler d'un essai de réadaptation sociale. L'essentiel est en effet non seulement d'aider le malade à reconstituer à l'intérieur même de son psychisme une forme saine, mais aussi et surtout à réédifier le complexe « moi-le monde », à rétablir la forme suivant laquelle s'organise le « champ total » où se distribue l'activité du subjectif par rapport à l'objectif ; « le sujet est une partie du champ soumise aux lois générales qui régissent les rapports des parties dans un tout » (1).

Une première règle découle de ces notions : la séparation du malade du milieu où sont nés ses trou-

---

(1) L'article de M. Bonnafé, que nous citions plus haut à propos de la notion « figure-fond », traite également la question de l'inter-réaction du milieu et du moi. Nous sommes heureux de constater que nos conclusions se rejoignent.

bles ; son intégration à un cadre où s'allie l'atmosphère hospitalière et le confort, où l'accueille un personnel spécialement instruit et soucieux de ne pas le heurter.

Son premier contact avec le médecin peut déterminer de façon définitive son attitude vis-à-vis de lui. C'est dire l'importance de l'interrogatoire d'entrée. Nous avons déjà insisté sur le fait qu'il faut savoir se taire même à ce moment-là, aux dépens de la fermeté du diagnostic. Si le malade veut bien parler, il faut recueillir ses confidences avec intérêt, sans le contredire brutalement — ainsi que le recommande le sens commun — mais aussi sans le suivre dans son délire et en maintenant le ton de la conversation sur le plan « malade-médecin ». Insistons sur la nocivité des questions visant à vaincre une réticence qui recouvre parfois un processus d'oubli spontané. C'est lors de ce premier interrogatoire que les méthodes de tests dont nous réclamions plus haut la création et la mise au point, s'avéreraient du plus grand intérêt.

Enfin, dès que la période d'observation est passée, dès que le malade se montre plus calme — s'il est arrivé dans un état d'agitation — dès que la période aiguë d'intoxication est révolue, il faut songer à l'occuper, l'empêcher de se replier sur lui-même en ruminant ses idées délirantes. En France, peu d'asiles possèdent encore des ateliers à l'intérieur des quartiers où les malades soient susceptibles, sous une surveillance suffisamment étroite d'apprendre de nouvelles techniques ou d'utiliser ce qui persiste de leurs automatismes. Il serait pourtant nécessaire que le

médecin eût à sa disposition toute une gamme d'occupations qu'il puisse proposer à l'activité du malade *à toutes les phases* de son affection, l'essentiel étant de ne jamais le laisser livré à lui-même. Au sortir de la phase aiguë de leur maladie, certains sujets sont en effets livrés à la perplexité, éprouvant une sorte de malaise à se voir évoluer dans un cadre inhabituel où ils ne parviennent pas à intégrer les éléments épars de leur psychisme. C'est là que peut intervenir de façon bienfaisante une sortie précoce ou une occupation en dehors du quartier. Nous avons eu récemment l'exemple d'un petit malade que l'on rendit à sa famille à ce moment et qui, actuellement, est parfaitement rétabli.

Obs. 5. — K..., âgé de 15 ans, entre dans le service avec un certificat ainsi conçu : « Exitation psycho-motrice atypique. Déclamations. Fuite des idées. Incohérences. Troubles de l'attention. Grimaces. Manièrisme. Opposition. Possibilité d'évolution schizophrénique ». Après une série d'injections de sulfosine et de myochrysine, le petit K... devient plus calme, plus présent, traversant pourtant de courtes périodes d'excitation au cours desquelles il se montre impulsif et frappe des voisins de lit. Cette phase dure cinq mois.

Une fois levé, il erre dans la cour de son quartier, désemparé, dépaysé. Il appartient en effet à un milieu social élevé et a reçu une éducation raffinée qui le rend plus sensible aux promiscuités et à l'inconfort de la vie asilaire. Ses parents, fort compréhensifs, le réclamant, on le leur confie pour un congé d'essai. Arrivé chez lui, il reprend très rapidement une activité nor-

male, suit facilement les cours que lui font à domicile des professeurs et se montre si bien rétabli de ses troubles qu'on peut accorder la sortie définitive.

Lorsqu'il s'agit de malades chroniques, au délire «refroidi » influant peu sur leur comportement mais à qui leur affaiblissement interdit de vivre en liberté totale, on pourra songer à les placer soit en colonies familiales, soit, comme on en fait actuellement l'essai sur une petite échelle dans les hôpitaux psychiatriques de la Seine, en ville ou à la campagne, dans des familles qui aient une certaine habitude de ce genre de malades et soient capables de déceler l'apparition d'un retour des troubles mentaux ou d'une complication.

Ces procédés sociothérapiques visent, en réintégrant le malade dans un « milieu géographique » normal, à lui créer un « milieu de comportement » auquel il puisse s'adapter dans la mesure de ses capacités. C'est là, croyons-nous, le point essentiel de la méthode psychothérapique.

CONCLUSION

En somme, les données pratiques suivantes semblent ressortir de notre étude :

I. - Il existe, dans les diverses méthodes psychothérapiques employées jusqu'ici, des éléments communs qui rappellent le processus normal de guérison. Ce sont :

— la négation systématique du mal, dont on peut rapprocher les phénomènes d'oubli.
— la suppression des causes psychiques pathogènes par le changement de milieu affectif.
— la réduction des complexes, entraînant la sédation de l'angoisse.
— la localisation de l'élément morbide par enkystement.
— la création d'un courant d'intérêt nouveau par l'invigoration, la rééducation, les sublimations de toute nature.

II. - Quoiqu'ayant fait leur part aux théories les plus organicistes, nous avons conclu au rôle indéniable de la psychothérapie dans toutes les maladies mentales.

III. - Ce rôle, envisagé du point de vue organo-dynamiste, consiste en l'organisation des réactions de la personnalité au déficit créé par les troubles organiques.

Ces réactions sont fonction du milieu, il s'agit donc d'une organisation du psychisme déficitaire par rapport au milieu.

IV. - Nous avons fait appel, pour l'étudier, aux lois d'organisation de la Gestaltthéorie ou Psychologie de la forme, les étendant par induction du domaine physiologique à celui de la pathologie.

V. - Cette théorie nous amène à envisager l'homme sur deux plans formels, celui du « moi » et celui du « milieu » où il évolue.

Elle souligne l'intrication de ces deux plans et leur organisation à l'intérieur d'un « champ total ».

VI. - Rapprochant de cette notion celle de Blondel sur la « socialisation », critère de la morbidité psychique, nous en sommes venus à considérer la psychothérapie elle-même sur deux plans :

— celui du « moi », qu'il s'agit d'aider à s'organiser suivant une forme saine.

— celui du « milieu » que l'on choisit ou que l'on crée autour du « moi », de façon à faire de l'aliéné un être réadapté à la Société dans la mesure du possible.

VII. - Comment le « moi » peut-il se réorganiser ? Il s'agit d'aider à l'excentration de l'élément morbide par rapport aux éléments sains du psychisme, de façon à lui faire perdre dans l'ensemble structuré toute fonction essentielle.

Quant à l'organisation du milieu et, partant, du « moi » par rapport à ce « milieu », elle nécessite la création d'une série de sphères sociales artificielles, suivant une gamme très nuancée, susceptibles d'offrir à chaque malade, depuis le plus déchu, jusqu'au moins atteint, une possibilité de réadaptation et cela, à toutes les phases de son affection.

Nous ne cherchons donc pas à obtenir de guérison complète, mais une « socialisation » maxima de nos malades, quels qu'ils soient, et quoi que la maladie en ait fait.

Vu : *le Doyen,*
A. Baudouin.

Vu : *le Président de Thèse,*
A. Baudouin.

Vu et permis d'imprimer,

le Recteur de l'Académie de Paris :
Roussy.

BIBLIOGRAPHIE

ADLER. — Le tempérament nerveux. Eléments d'une psychologie individuelle et applicable à la psychothérapie.

BERSOT. — Que fait-on en Suisse pour les malades nerveux et mentaux ?

BLONDEL. — La conscience morbide.

BONNAFÉ, CHAURAND, TOSQUELLES, CLÉMENT. — Valeur de la théorie de la forme en psychiatrie : la dialectique du moi et du monde et l'événement morbide. — Gestalt-théorie et structures en psychiatrie : la dialectique fond-figure dans la nosologie et la séméiologie. (Exposés faits à la Société Médico-psychologique en octobre 1945.)

BUVAT-POCHON. — Les traitements de choc d'autrefois en psychiatrie.

CADET. — Traitements d'inspiration psychanalytique. (*Evolution psychiatrique*, t. II, fasc. 1, pp. 10 à 30, 1933.)

CHANÈS et VIÉ. — Critique psychothérapique des conditions actuelles d'hospitalisation des aliénés. (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1944.)

CHARCOT. — *Leçons du mardi*, œuvres complètes, t. III. (Cité par S. FOERR, thèse Strasbourg, 1932.)

COBB. — Psychothérapie dans le traitement de l'épilepsie. (*The American journal of Psychiatry*, mai 1940.)

COSSA. — Thérapeutique neurologique et psychiatrique.

COURBON (P.). — Un voyage d'études dans les Asiles de Hollande. (*Annales médico-psychologiques*, 1928.)

DALBIEZ. — La méthode psychanalytique et la doctrine freudienne.

DAVID-NEEL. — Le bouddhisme, ses doctrines et ses méthodes.

DÉJERINE et GAUKLER. — Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses. Leur traitement par la psychothérapie.

DELMAS-MARSALET. — L'électro-choc thérapeutique et la théorie de la dissolution-reconstruction.

DUBLINEAU. — L'équipement éducatif des consultations de psychiatrie infantile. L'éducation familiale. (*Annales médico-psychologiques*, octobre 1944.)

— Conférence inédite au cours des Journées de Psychiatrie infantile de juillet 1945.

DUBOIS. — Les psychonévroses et leur traitement moral.

JACKSON. — Les Facteurs des folies (traduit par EY et ROUARD). (*Encéphale*, 1936.)

EY et ROUARD. — Les principes de Jackson.

EY. — Une conception aganodynamiste de la psychiatrie. (*Annales médico-psychologiques*, janv, fév., mars 1943.)

FERDIÈRE (G.). — Sorties prématurées et psycho-chocs. (Congrès des aliénistes de Montpellier, octobre 1942.)

GARNIER et COLOLIAN. — Traité de thérapeutique des maladies mentales et nerveuses.

GUILLAUME. — La spychologie de la forme.

HUTCHING. — Psychothérapie dans les hôpitaux psychiatriques. (*American journal of Psychiatry*, t. XIII, n° 3, novembre 1933, cité dans les Annales médico-psychologiques, octobre 1934.)

JANET. — Les Médications psychologiques. Les Obsessions et la Psychasthénie.

KORESSIOS. — Recherches psychothérapiques sur les délires.

LAIGNEL-LAVASTINE. — Valeur pratique d'une modalité nouvelle de la psychothérapie. (*Académie de Médecine*, 4 avril 1944.)

LELAND et HINSIÉ. — Conditions d'une psychothérapie adéquate dans un hôpital psychiatrique. (*American journal of Psychiatry*, t. XIII, n° 3, nov. 1933; cité par les *Annales médico-psychologiques*, octobre 1934.)

LUYS. — De l'action des couronnes aimantées dans le traitement des maladies mentales et nerveuses. (Congrès des Aliénistes, de la Rochelle, 1893.)

MAEDER. — La psychothérapie. (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie,* 1922.)

MALAMUD (W.). — Tendances actuelles en psychothérapie. (*Encéphale,* mars 1938.)

MALAMUD (W.) et MILLEZ (W.). — Essai de psychothérapie des schizophrénies (commenté par J. Reader. *Annales médico-psychologiques,* 1931.)

MICHEL. — Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement des états psycho-neurasthéniques (Thèse, Nancy 1933, in *Annales médico-psychologiques,* février 1934.)

NACHT. — Sur deux cas de traitement psychanalystique suivis de guérison rapide. (*Progrès médical,* 13 août 1932 in *Annales médico-psychologiques,* juillet 1933.)

PINEL. — Traité sur l'aliénation mentale.

— 88e réunion annuelle de l'American Psychiatrie Association (Philadelphie, juin 1932) : psychothérapie, suggestion, hypnose. (*Annales médico-psychologiques,* décembre 1932).

RAEDER. — La suggestion par la pratique de la psychothérapie.

SMITH. — Psychothérapie intensive dans un hôpital clinique.

RÉPOND. — Le traitement psychothérapique des maladies mentales. (*Société suisse de psychiatrie,* 4 juin 1932, in *Annales médico-psychologiques,* mars 1933.)

— 2e réunion suisse des psychothérapeutes. Berne, 28 mai 1937, (sous la présidence de Forel) : Méthode et application de la psychothérapie.

KIEWIET DE JONGE. — Quelques principes et exemples de psychosynthèse.

TRUEB. — La point de vue du malade dans le mécanisme de la guérison.

JUNG. — La psychothérapie dans ses applications pratiques.

— 5e Réunion européenne d'hygiène mentale (Munich, août 1938.) *L'Ergothérapie.*

— BONFIGLIO, de Rome : Importance de l'ergothérapie pour la guérison des maladies mentales.

— KURT BERINGER, de Fribourg : Importance de la thérapeutique d'occupation pour le traitement des maladies mentales.

ROSCOE W. HALL. — L'organisation de la psychothérapie (*American journal of Psychiatry*, t. III, n° 3, nov. 1933, in *Annales médico-psychologiques*, octobre 1934.)

SIMON (Hermann). — La psychothérapie à l'Asile. (*Hygiène mentale*, t. I, janv. 1933, in *Annales médico-psychol.*, mars 1934.)

TRAMER. — Analyse du rôle psychothérapique du placement familial. (*Hygiène mentale*, janvier 1933, t. I.)

VAN DE WAL. — La rééducation mentale par la musique (rapporté par Beyerman. *Annales médico-psychologiques*, 1927.)

VERSTRAETEN. — Sur l'optimisme en thérapeutique psychiatrique. (*Journal belge de Neurologie et Psychiatrie*, mars 1934, in *Annales médico-psychologiques*, oct. 1934.) (Discours présidentiel à la Société de Médecine mentale belge, 27 janvier 1934.)

VIÉ. — Le placement familial des aliénés et des psychopathes.

VITTOZ. — Traitement des psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral.

DE SAUSSURE. — La psychotérapie d'Esquirol. (*Evolution psychiatrique* 1939, t. I.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 9

HISTORIQUE 12

MÉCANISME D'ACTION DES MÉTHODES EMPLOYÉES 32

ESSAI D'EXPLICATION 47

DONNÉES PRATIQUES 69

CONCLUSION 75

BIBLIOGRAPHIE 79

Imp. de Persan-Beaumont, 80, Av. Wilson, Persan (S.-et-O.) - Tél. 40